Nr. 31. 30. lipca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. U. J. Dr. J. GLATZEL. Kraków.
Prof. U. J. Dr. J. ZUBRZYCKI.

Uwagi o wytworzeniu sztucznej pochwy sposobem Kirschnera-Wagnera.

Sposoby utworzenia sztucznej pochwy w wypadkach jej braku, spowodowanego albo przyczynami rozwojowemi, albo nabytemi, polegają w zasadzie na utworzeniu kanału w tkankach, w odpowiedniem miejscu i wyścieleniu tegoż dla przeszkodzenia w zarośnięciu bądźto odcinkiem jelita, (Baldwin-Mori, Schubert, Popoff) bądź też płatami skóry, (Bumm, Heppner, Fleming, Isaak) otrzewną, (Ott, Stoeckel, Kroemer), lub płatami naskórka (Czempin, Abbe, Forgues, Tuffier. Kirschner-Wagner).

Pomijając inne, mamy zamiar zająć się dzisiaj omówieniem jedynie tych wyników, które uzyskano ostatnim z wymienionych sposobów postępowania, cechującym się użyciem płatów naskórka do wyścielania kanału, stworzonego w tkankach pomiędzy prostnicą a cewką, mającego potem stanowić sztuczną pochwę. Tento sposób postępowania, oparty na spostrzeżeniach i doświadczeniach Thirscha starano się już oddawna zużytkować i zastosować w celu utworzenia sztucznej pochwy. Pierwotna forma strony technicznej tego zabiegu nie pozwalała jednak na uzyskanie należytych wyników. Płaty naskórka, użyte do wyścielania uzyskanego kanału nie wgajały się, a sam kanał bardzo prędko zarastał. W miejscu operacyjnem pomiędzy prostnicą a cewką moczową wytwarzała się twarda, niepodatna blizna. Z tychto powodów zaniechano wkrótce tego sposobu postępowania, uznając większą celowość innych, a mianowicie tych, które do wyścielania kanału, mającego tworzyć sztuczną pochwę zalecają używać odpowiedniej długości odcinków różnych rodzajów jelit.

W ostatnich latach na nowo powrócono do myśli zużytkowania płatów naskórka w celu niedopuszczenia do zarośnięcia kanału stworzonego dla uzyskania sztucznej pochwy (Kirschner, Wagner). Zachęciły zaś do tego spostrzeżenia chirurgów, dotyczące wytwarzania sztucznych kanałów w tkankach, do zarośnięcia których niedopuszczano przez przeszczepienie odpowiednich płatów naskórka. Pewne odchylenia w technice zabiegu w porównaniu z dawniej stosowaną metodą rokowały nadzieję na lepsze wyniki i w odniesieniu do wypadków utworzenia sztucznej pochwy. Odchylenia te polegały na zastosowaniu możliwie dużych płatów, które na odpowiednich protezach umieszcza się w sztucznie utworzonym kanale w miejscu przyszłej pochwy. Ten sposób postępowania, jako stosunkowo łatwy i mniej niebezpieczny niż sposoby, posługujące się, dla zabezpieczenia drożności kanału odcinkami jelit, znalazł bardzo prędko licznych naśladowców. (Ostrčil, Kraul, Vogt, Milander, Stoeckel, Kayser). Z polskich klinicystów wymienić należy Grucę i Mączewskiego.

Mając i my sposobność, użyliśmy opisanego przez Kirschnera i Wagnera sposobu postępowania u dwóch kobiet, celem wytworzenia sztucznej pochwy. W obu tych przypadkach brak pochwy był wynikiem wad rozwojowych. W związku z wykonanemi przez nas zabiegami, zajmowała nas z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego zagadnienia nietyle strona techniczna zabiegu, która, jak to wynika z opisu odnośnych autorów, nie przedstawia znaczniejszych trudności, ile raczej pytania dotyczące trwałości wyniku danego zabiegu, a tem samem i jego celowości, wyższości tego postępowania w porównaniu ze sposobami utworzenia sztucznej pochwy przy pomocy pewnych odcinków jelit, oraz sprawa zróżnicowania ewentualnych wskazań do jednego lub drugiego sposobu operacyjnego.

Poniżej podajemy krótki opis obu operowanych przez nas przypadków:

Przypadek L. 1.: „R. I. lat 23". Pr. Kl. 311/31. Zgłosiła się do Kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. Jag. dnia 27. V. 1931. W dzieciństwie przechodziła dur brzuszny. Nie rodziła. Nie roniła. Miesiączki dotychczas nie miała. Skarży się na bóle głowy, występujące w odstępach miesięcznych, trwające przez jedną dobę. Pozatem zaznacza, że w czasie stosunku miewa zawsze bardzo silne bóle, a sam stosunek jest powierzchowny.

Badaniem stwierdzono brak jakichkolwiek znaczniejszych zmian chorobowych w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej u kobiety prawidłowo zbudowanej i dobrze odżywionej, wzrostu średniego. Cechy zewnętrzne płciowe prawidłowo zaznaczone. Srom prawidłowo zbudowany ogranicza uchyłek głębokości zaledwo dwóch centymetrów. Pochwy zupełny brak. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się też i brak macicy a natomiast obecność obu jajników.

Wobec takiego stanu rzeczy i żądania chorej postanowiliśmy u niej utworzyć sztuczną pochwę i to sposobem podanym przez Kirschnera-Wagnera.

Postępowaliśmy w czasie wykonywania zabiegu ściśle w myśl przepisów podanych przez twórców metody. W toku zabiegu nie natrafiliśmy na żadne znaczniejsze techniczne trudności ani w momencie stwarzania kanału, ani w momencie preparowania płata naskórka, ani w momencie umieszczania go w stworzonym kanale. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. W dniu wypuszczenia do domu, wytworzona przez nas pochwa przedstawiała się, jako kanał swobodnie drożny dla dwóch palców, długi na dwanaście centymetrów, wszędzie wyścielony prawidłowym naskórkiem. Po stronie wewnętrznej prawego uda znajdowała się rozległa blizna ciemno-brunatno podbarwiona, powstała w miejscu zdjętych warstw naskórka. Wypuszczając chorą do domu, stosownie do przepisów Kirschnera-Wagnera zaopatrzono ją w odpowiednią protezę i polecono częste jej używanie celem zapobiegnięcia zwężeniu się stworzonego kanału. Równocześnie polecono chorej, aby co dwa miesiące zgłaszała się do kontroli.

W pięć miesięcy później zgłosiła się ona rzeczywiście do zbadania i podaje w wywiadach, że początkowo stosunek odbywał się swobodnie, lecz już teraz ku końcowi w ostatnich czasach miewa podczas stosunku bóle, mąż zaś ma wrażenie, że jest on powierzchowniejszy. Niemniej jednak odbywać się może swobodniej niż przed zabiegiem. Nadmienia, zapytana, że danej jej protezy używała tylko początkowo, a potem zaniechała posługiwania się nią, bo było to dla niej niemiłe i uciążliwe.

Badaniem stwierdzono, że wygląd utworzonego kanału uległ zmianie od chwili wypuszczenia chorej z Kliniki. Dolna część kanału na przestrzeni połowy jego długości zachowała swą poprzednią szerokość, natomiast połowa górna przedstawiała kanał o średnicy drożnej zaledwo dla wskazującego palca badającego. Granica pomiędzy temi dwoma odcinkami zaznaczała się stosunkowo ostro i wyraźnie. Kanał w całości uległ wydatnemu skróceniu. Blizna na udzie nieco wyjaśniała, lecz nie zatraciła zabarwienia brunatno-ciemnego.

Przypadek L. 2. L. Pr. K. L. 328/31. M. K. lat 20 wolna, zgłosiła się do Kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. Jag. dnia 9. VI. 1931. W dzieciństwie nie przechodziła żadnych chorób zakaźnych. Niezamężna, nie rodziła, nie roniła, miesiączki dotychczas nie miała. Żali się na częste bicie serca i uporczywe pocenie. Stosunku dotychczas nie miała. Od pół roku wystąpiły u niej okresowo bóle w dole brzucha, trwające trzy do czterech dni, występujące w końcu każdego miesiąca. Bólom tym towarzyszy wzdęcie. Badaniem stwierdzono u kobiety tej dobrze zbudowanej i dobrze odżywionej, wzrostu średniego, brak jakichkolwiek zmian chorobowych w narządach klatki piersiowej i jamie brzusznej. Cechy zewnętrzne płciowe prawidłowe. Srom o prawidłowej budowie anatomicznej. Wejścia do pochwy, oraz samej pochwy zupełny brak. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się obok braku pochwy także i brak macicy, w miejscach jajników po obu stronach nieco tkliwsze zgrubienia, wielkości małej fasoli.

Stwierdziwszy powyżej przedstawiony stan rzeczy postanowiono u tej chorej z jej zgodą i na jej żądanie utworzyć sztuczną pochwę. Obrano do tego celu sposób podany przez Kirschnera i Wagnera. Wykonanie zabiegu nie natrafiało na żadne znaczniejsze techniczne trudności. Po wgojeniu naskórka przedstawiała się wytworzona pochwa, jako kanał długi około dwanaście centymetrów, drożny swobodnie dla dwóch palców, wyścielony wszędzie prawidłowym naskórkiem. Po wewnętrznej stronie prawego uda ciemno-brunatna, rozległa blizna. Chorą

wypuszczono do domu z poleceniem częstego używania protezy, mającej zapobiegać zwężeniu się stworzonego kanału. Proteza, w którą chorą zaopatrzono, zrobiona była z gładkiego drzewa.

Pomimo to, że polecono chorej, ażeby co dwa miesiące zgłaszała się do kontroli, pojawiła się ona w Klinice dopiero w dwanaście miesięcy po zabiegu. Zapytana podaje: że stosunku dotychczas nie miała a stosowania protezy zaniechała w krótkim czasie po odejściu z Kliniki, częściowo z niedbalstwa a częściowo, jako rzeczy niewygodnej i niemiłej. W czasie badania stwierdzono u niej: że w miejscu wytworzonego kanału w czasie pierwotnego zabiegu znajduje się kanał drożny zaledwo dla przedmiotu grubości ołówka, długości ośmiu centymetrów, lejkowato rozszerzający się w jednej trzeciej dolnej części, przy wejściu do pochwy o świetle odpowiadającem średnicy dużego palca. Blizna na udzie powstała w miejscu wycięcia naskórka, użytego do zabiegu przedstawia się w postaci brunatno-ciemno-sinej, dużej plamy, o wejrzeniu marmurkowem. W czasie powolnego rozszerzania rozszerzadłami Hegara natrafiono na znaczniejsze trudności. Chora nie chciała pozostać w Klinice, celem dalszego leczenia.

W obu powyżej opisanych przypadkach mieliśmy do czynienia z zupełnym brakiem pochwy, który usunięto przez wytworzenie sztucznej pochwy z naskórka sposobem podanym przez Kirschnera i Wagnera. W obu końcowy efekt pooperacyjny z chwilą opuszczenia Kliniki przez chorą był zupełnie zadawalający. Wytworzona pochwa mogła służyć swojemu fizjologicznemu zadaniu w zupełności, posiadając odpowiednią długość i szerokość. Natomiast dalszy los obu tych chorych po odejściu z Kliniki kształtował się rozmaicie. Pierwsza z nich zamężna, utrzymywała stosunki płciowe i u niej drożność utworzonej pochwy zachowała się przynajmniej w dolnym odcinku. Druga, niezamężna, nie miewała stosunków płciowych. W czasie jej badania kontrolnego w Klinice stwierdzono u niej tak znaczne zwężenie światła utworzonego kanału, poza jego skróceniem, że o praktycznem jego zużytkowaniu mowy już być nie mogło. Tak jednak w jednym, jak i w drugim przypadku oprócz wyraźnego skrócenia zauważono częściowy zanik kanału i zwężenie średnicy jego światła, z tą tylko różnicą, że w pierwszym dotyczyło ono tylko górnych odcinków kanału, w drugim zaś objęło prawie całą jego długość. Nadmienić należy, że obie te chore w krótki czas po odejściu z Kliniki zaniechały posługiwania się wręczonemi im protezami.

Zastanawiając się nad uzyskanemi wynikami leczniczemi w obu tych wypadkach dojść musimy do wniosku, że w pierwszym z nich wynik leczenia był tylko częściowo zadawalający a w drugim w zupełności ujemny.

W czem więc należy dopatrywać się przyczyny tych niepowodzeń? Czy w samej metodzie operacyjnej, czy w stronie technicznej zabiegu, czy też w następowem błędnem traktowaniu, względnie zachowaniu się chorej? Przeciwko pierwszemu przemawia cały szereg doświadczeń i przypadków, spostrzeganych przez licznych autorów, którzy uzyskiwali zadawalające wyniki sposobem postępowania użytym przez nas w przypadkach braku pochwy. Dość wspomnieć prace twórców podanej metody postępowania, a więc Kirschnera i Wagnera i prace polskich autorów Grucy i Mączewskiego, którzy dochodzą do jednakowych wniosków, stwierdzając niezbicie na podstawie operowanych i spostrzeganych przez siebie przypadków, iż utworzona sztuczna pochwa z naskórka w sposób używany przez nas daje zadawalające i długotrwałe wyniki. Drugą przyczynę wykluczyć musimy na podstawie tego, że postępowaliśmy ściśle wedle przepisów Kirschnera i Wagnera, a w czasie wykonywania samego zabiegu nie natrafialiśmy na żadne techniczne trudności w związku, czyto z utworzeniem płata skórnego, czyto wydrążeniem kanału w tkankach, czy też umieszczeniem płata na opisanej przez Kirschnera i Wagnera protezie, czy też wreszcie w związku z umieszczeniem go w stworzonym kanale. Postępując ściśle wedle wskazówek Kirschnera i Wagnera zauważyliśmy, że przebieg pooperacyjny cechował się brakiem jakichkolwiekbądź powikłań. Płaty naskórka wgoiły się bardzo dobrze, pokrywając całą powierzchnię ranną kanału. Przez cały czas pobytu chorych w Klinice używając odpowiedniej protezy zrobionej bądźto z kauczuku, bądź też z twardego gładkiego drzewa, staraliśmy się utrzymać odpowiednią długość i szerokość kanału, co też w zupełności się nam udało. Na to częste wprowadzanie protezy w wytworzoną pochwę, uskuteczniane przez samą chorą stale i zawsze, zwracają szczególniejszą uwagę w swojej pracy Kirschner i Wagner jako na moment, który ma przeszkadzać zwężaniu się kanału i zapewniać odpowiednie przestrzenne utrzymanie światła sztucznej pochwy. Stanowisko to motywują doświadczeniem chirurgów, którzy w podobnych sprawach w tenże sam sposób radzą postępować, uważając, że każdy, sztucznie utworzony w tkankach kanał, pokryty naskórkiem zatraca powoli swoje światło przez zwężanie się i skracanie, rozpoczynające się zazwyczaj od szczytu lejka, o ile zaniecha się częstego wkładania do niego odpowiedniej protezy. Przywrócenie takiego zanikłego kanału do pierwotnego jego, pooperacyjnego wyglądu przy pomocy rozszerzania go na tępo nie da się już zazwyczaj uskutecznić z powodu zbliznowacenia otoczenia.

To samo zatem dotyczyć musi i kanału sztucznej pochwy, utworzonego z naskórka na tych samych zasadniczo warunkach. I tu także zaniechanie częstego wkładania protezy doprowadzić musi do zaniku światła kanału. W obu naszych przypadkach chore, pomimo zwrócenia im szczególniejszej uwagi na doniosłość używania protezy dla utrwalenia skuteczności zabiegu, zaniechały posługiwania się nią, motywując to częściowo niedbalstwem, częściowo niewygodą. Skutki tego ujawniły się w krótkim czasie. U pierwszej chorej, u której wprowadzane do pewnej głębokości w czasie stosunku *membrum virile* spełniało do pewnego stopnia rolę protezy, szerokość sztucznie utworzonej pochwy zachowała się w dolnym odcinku w zupełności. Ponieważ jednak nie sięgało tak głęboko jak proteza, a z drugiej strony nie miało tej mocy co proteza, zanik światła górnych części powoli, ale jednak stale postępował, nie obejmując tylko partyj dolnych, które utrzymywały się w swojej szerokości dzięki li tylko dokonywanemu stosunkowi płciowemu. U drugiej chorej wobec zaniechania wprowadzania protezy do kanału sztucznej pochwy i wobec równoczesnego braku stosunków płciowych przyszło z biegiem czasu do tak znacznego zwężenia światła kanału, że cała celowość utworzenia sztucznej pochwy okazała się chybioną.

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach klinicznych, musimy dojść za Kirschnerem i Wagnerem do wniosku, że niezmiernie ważne dla sprawnego funkcjonowania wytworzonej sztucznej pochwy z naskórka jest stałe i ciągłe utrzymywanie jej światła w jednakowej szerokości i długości. To zaś uskutecznić można jedynie tylko przez częste i dokładne wprowadzenie do wnętrza kanału odpowiednio grubej i długiej protezy. Uważamy, że czynność tę wykonywać należy dwa razy dziennie, pozostawiając protezę przez dłuższy przeciąg czasu w kanale. Czynności tej nie można zaniechać w żadnym wypadku tak długo, jak długo wytworzony kanał ma służyć celom utrzymywania stosunków płciowych. Wprowadzanie prącia nie w każdym przypadku i nie zawsze zastąpić może działanie sztucznej protezy. Dlatego to nawet i w wypadkach, w których stosunki płciowe mają stale miejsce, nie należy zaniedbywać wprowadzania protezy do kanału. Z tych też samych względów uważamy, że o ile w danym przypadku nie możemy zyskać pewności, iż dana kobieta zastosuje się do nakazu używania protez bezwzględnie, stosownie do naszych rozporządzeń, a w szczególności w wypadkach tych, w których mamy do czynienia z kobietą niezamężną i nieprzedstawiającą gwarancji dla zrozumienia konieczności używania protezy, należy raczej zamiast zabiegu Kirschnera-Wagnera, w celu utworzenia sztucznej pochwy, uciec się do zabiegu, w którym w miejsce naskórka do wyścielenia utworzonego kanału używamy ściany jelita. Za najlepszy, tak pod względem wyników jakoteż i najmniejsze przedstawiający niebezpieczeństwo dla chorych uważamy zabieg podany przez Schuberta, w którym kanał wytworzony w tkankach wyścielamy pewnym odcinkiem jelita grubego. Wszystkie bowiem sztuczne pochwy wytworzone przy pomocy wyścielenia kanału wytworzonego w tkankach odcinkiem jelita bez względu na to, czy grubego, czy cienkiego utrzymują swoje światło stale i zawsze tak pod względem długości, jak i szerokości i nie ulegają zwężeniu (Baldwin, Mori, Sołowij, Schubert, Wagner, Zubrzycki). Dlatego też u kobiet, u których do wytworzenia sztucznej pochwy użyliśmy odcinka jelita, nie potrzebujemy posługiwać się uciążliwemi i niemiłemi manipulacjami protezami w celu utrzymania światła stworzonego kanału w odpowiednich rozmiarach. Dalej zaniechać należy, zdaniem naszem, bezwzględnie zabiegu Kirschnera-Wagnera także i u kobiet, dla których ciągłe manipulacje protezami mogą i z innych względów, naprzykład odrazy, nie dać się w czyn wprowadzić. Pozatem nie ulega dla nas żadnej wątpliwości, że zabieg Kirschnera-Wagnera nie może znaleźć praktycznego zastosowania w tych wypadkach, w których utworzony sztuczny kanał ma służyć nietylko do możności utrzymywania stosunków płciowych, lecz ma spełniać także i inne fizjologiczne zadania. Mamy tu na myśli te wypadki, w których wytwarzamy sztuczną pochwę w celu stworzenia połączenia pomiędzy istniejącą macicą a narządami rodnemi zewnętrznemi (Wagner, Zubrzycki). W wypadkach tych, w których utworzona sztuczna pochwa stwarza warunki nietylko dla odpływu krwi miesiączkowej (Zubrzycki), lecz może umożliwić nawet odbycie porodu siłami natury (Wagner), zastosowanie płatów naskórka do jej wytworzenia w miejsce używanych dotychczas od-

cinków jelit nie pozwoli zdaniem naszem na osiągnięcie właściwego celu, nawet przy skrzętnem używaniu zalecanych protez. Ze względu bowiem na dążności zanikania światła kanału utworzonej z naskórka pochwy od szczytu lejka, należy się spodziewać, że w razie wszczepienia macicy do tego rodzaju sztucznej pochwy, wytworzone płytkie sklepienia zanikną w krótkim czasie, a nawet nie jest wykluczona i możliwość zupełnego zaniku światła kanału, łączącego światło macicy z resztą sztucznej pochwy. Możliwości tej nie potrzebujemy zupełnie brać w rachubę w wypadkach utworzenia sztucznej pochwy z pomocą ściany jelita.

W uwzględnianiu momentów przemawiających za i przeciw wytwarzaniu sztucznej pochwy z pomocą płatów naskórka nie możemy pominąć także i względów kosmetycznej natury. Powstała po zdjęciu powierzchownych warstw naskórka duża blizna na udzie rzuca się w oczy i nawet w wypadkach tych, w których warstwa zdjętego naskórka była niezmiernie cienką, odcina się wyraźnie od otoczenia w postaci brudno-ciemnej plamy.

Nie ulega natomiast żadnej wątpliwości, że na korzyść zabiegu utworzenia sztucznej pochwy z pomocą naskórka, podanego przez Kirschnera i Wagnera przemawia wzgląd zasadniczej natury, a mianowicie małe niebezpieczeństwo tego zabiegu i mała jego śmiertelność w porównaniu z zabiegami utworzenia sztucznej pochwy z pomocą ściany jelita. Ten ostatni zabieg bowiem, jako dłużej trwający, połączony z przemieszczeniem części ściany jelita przedstawiać musi siłą faktu większe niebezpieczeństwo dla chorej i śmiertelność jego wynikła z ostatnio wspomnianych przyczyn, musi być większa. Chociaż z drugiej strony nadmienić należy, że o ile do utworzenia sztucznej pochwy posługujemy się odcinkiem prostnicy i stosujemy zabieg podany przez Schuberta, to śmiertelność pozostająca z nim w związku, uwzględniona w odsetkach, nie przekracza odsetku śmiertelności zabiegów takich, jak wyjęcie macicy, włókniakowato zmienionej, drogą brzuszną. Według bowiem zestawienia Schuberta wynosi ona zaledwo 3.79% wszystkich 160 przypadków braku pochwy, operowanych dotychczas sposobem Schuberta.

Za mała ilość przypadków i to przypadków, które skutkiem zaniedbania chorych wykazały ujemne strony zabiegu Kirschnera-Wagnera i w których nie uzyskano odpowiedniego wyniku, nie pozwala nam na wypowiedzenie się z całą stanowczością za lub przeciw wytwarzaniu sztucznej pochwy z naskórka. Niemniej jednak uważamy, iż jest jeszcze zagadnieniem nierozstrzygniętem, czy należy przyznać wyższość wytwarzaniu sztucznej pochwy z naskórka, czy też z odcinka jelita, i to jelita grubego, sposobem podanym przez Schuberta. Dopiero dłuższe doświadczenie kliniczne i spostrzeganie większej liczby przypadków utworzenia sztucznej pochwy z naskórka może rozstrzygnąć tę sprawę. Pomimo to jednak jesteśmy już dzisiaj zdania, że o ile zabieg Kirschnera-Wagnera wytrzyma próbę czasu, dobór jednego z tych dwóch sposobów postępowania (mamy na myśli obok zabiegu Kirschnera-Wagnera zabieg Schuberta) należy uzależnić od jakości przypadku, stosunków anatomicznych i warunków życia, wśród jakich dana kobieta się znajduje, pozostawiając jej, o ile nie wchodzą w grę czynniki czysto lekarskiej natury, w wysokim stopniu swobodę w rozstrzygnięciu sprawy.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Tadeusz NOWAK, asystent kliniki. Kraków.

Zapalenie guzkowe tętnic z objawami dusznicy bolesnej u dziecka 12-letniego.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Ks. Lewkowicz.

W piśmiennictwie polskiem opisano zaledwie kilka przypadków guzkowego zapalenia tętnic (Krzyszkowski, Hornowski, Janusz, Skubiszewski), a w tem tylko jeden przypadek u dziecka 2½ miesięcznego (Krzyszkowski). W literaturze światowej na sto kilkadziesiąt przypadków tego schorzenia zaledwie kilkanaście przypadków dotyczyło dzieci. Znikoma dotąd ilość spostrzeżeń tej choroby w Polsce, młody wiek chorego i wreszcie niezwykły obraz kliniczny, jak również ciekawy przebieg sprawy chorobowej w naszym przypadku usprawiedliwiają obszerniejsze omówienie. Anatomicznie i histologicznie opracował ten przypadek Wadoń.

Przypadek. Nr. hist. choroby: 393/32: Chorego A. G., lat 12 przyjęto dnia 18. XI. 1932. Rozwijał się on przedtem prawidłowo. Z chorób zakaźnych przeszedł odrę w 4 roku życiu i ospę wietrzną w 5 roku. W 8 roku życia przechodził operację wyrostka robaczkowego. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Chorób wenerycznych w rodzinie nie było. Obecna choroba rozpoczęła się 6 tygodni przed przyjęciem, zapaleniem gardła, trwającem 4 dni. Po tygodniu znacznej poprawy (chory chodził wtedy do szkoły) wytworzył się ropień lewego migdałka, który po kilku dniach pękł samoistnie. W 4 dni później pojawiły się niestałe, wędrujące bóle w stawach skokowych i nadgarstkowych, które utrzymywały się do 1 listopada. W kilka dni potem chory opuścił łóżko. W 5 dni jednakże po wstaniu z łóżka pojawił się ból w prawem podżebrzu, któremu towarzyszyły wymioty, brak łaknienia, ogólne osłabienie, uporczywa bezsenność oraz ciepłota podgorączkowa. Objawy te skłoniły rodziców chorego do oddania dziecka do Kliniki.

Badanie przedmiotowe chorego wykazało: budowę wątłą, odżywienie podupadłe. Skóra blada, na twarzy z odcieniem szarawo-żółtawym. Nad prawym talerzem biodrowym stara blizna pooperacyjna. Gruczoły chłonne tak zewnętrzne jak i wewnętrzne bez zmian. Głowa, gałki oczne, źrenice, nos, uszy prawidłowe. Śluzówki jamy ustnej i gardła bladoróżowe, język szarawo obłożony, nieco suchy. Migdałki nieco powiększone, bladoróżowawe. Klatka piersiowa płaska, długa. Opukowo i osłuchowo zmian chorobowych nie wykazuje. Narząd krążenia: uderzenie koniuszkowe serca w V. międzyżebrzu, słabo widoczne, wyczuwalne na przestrzeni 1½ palca. Granice serca (stłumienie bezwzględne): lewa w linji sutkowej lewej, prawa 1 cm na prawo od lewej linji mostkowej, górna — górny brzeg III żebra. Osłuchowo nad końcem serca szmer skurczowy, miękki, przenoszący się ku podstawie serca po stronie lewej. Tony serca głuche, ciche, drugi ton nad tętnicą płucną silniej zaznaczony. Tętnice obwodowe podatne. Tętno średnio napięte, miarowe, ilość uderzeń 104. Jama brzuszna: w podżebrzu prawem stwierdza się bolesność uciskową oraz wyraźnie zaznaczoną mięśniową obronę, zresztą powłoki jędrne i wszędzie podatne. Guzów, wolnego płynu ani nieprawidłowych wypukleń nie stwierdza się. Wątroba występuje na 2½ cm poniżej łuku żebrowego prawego w linji sutkowej. Zbitość jej prawidłowa, powierzchnia gładka. Śledziona macalna przy wdechu. Kościec i mięśnie bez zmian. Stawy tak przy ruchach biernych jak i czynnych nie wykazują odchyleń. Objawy oponowe ujemne. Odruchy prawidłowe. Badanie krwi: Hb = 72%, ciałek czerwonych 3,440.00, wskaźnik 1,06, ciałek białych 19.200. Ciałka czerwone prawidłowej wielkości, kształtów i barwliwości. Procentowy stosunek ciałek białych: obojętnochłonnych 60%, pałeczkowych 6%, monocytów 8%, limfocytów 26%. Badanie moczu wykazało tylko ślad białka, indykan i urobilinogen wzmożone; innych składników patologicznych nie stwierdzono. Osad zawierał pojedyńcze ciałka białe, nabłonki płaskie i liczne kryształki kwasu moczowego. Posiew krwi wykonany dwa razy ujemny. Ujemne były również odczyny Widala i Wassermanna. Badanie kału krwi utajonej nie wykazało. Objawy podmiotowe ograniczały się do utrzymywania się stałego bólu w prawem podżebrzu, wzmagającego się czasami bez widocznych przyczyn, niepromieniującego w okolice, niezależnego od pobierania pokarmów, niezmieniającego się zależnie od zmiany położenia. Ból powyższy był objawem naczelnym i bardzo dokuczał choremu. Oprócz bólu pojawiały się niekiedy wymioty bezpośrednio po spożyciu pokarmów i wypiciu płynów. Stale natomiast utrzymywały się: uporczywa bezsenność i brak łaknienia. Wreszcie ogólne osłabienie, wybitna bladość skóry z odcieniem szarawo-żółtawym na twarzy, jej cierpiący wyraz i zaostrzenie rysów, ciepłoty dochodzące do 38.7°, niestosunek tętna do ciepłoty (przy ciepłocie 38.7° ilość uderzeń na minutę wynosiła 120, a przy ciepłocie 38.4° 96 na minutę), stolec prawidłowy, lecz ze skłonnością do zaparcia dopełniały całokształtu obrazu chorobowego. W 6 dniu pobytu w Klinice ból wzmógł się znacznie, a wymioty pojawiały się po każdem jedzeniu. Ból promieniował w okolicę pępka. Badanie przedmiotowe stwierdziło znaczną tkliwość prawego podżebrza i oporność mięśniową. Również tkliwą była esica, która przesuwała się pod palcami jako mięsisty wałek. Stawiania jelit nie stwierdzało się. Badanie krwi naczczo wykazało 30.000 ciałek białych. Około godziny 14 ból wzmógł się znacznie, a koło godziny 16 pojawił się niepokój tak wielki, że chory usiłuje wyjść z łóżka, kurczowo łapiąc się za poręcze lub za ręce osób otaczających, stale siada, odczuwa duszność znacznego stopnia. Na wargach i palcach sinica, skóra zlana obfitym potem, kończyny zimne. Przytomność utrzymana. Chory skarży się również na silny ból po lewej stronie klatki piersiowej, który promieniuje do ręki lewej. Niekiedy doznaje uczucia drętwienia w ręce lewej, oraz mrowienia w pal-

cach. Tętno ledwo wyczuwalne, to zwolnione, to znów przyśpieszone; niekiedy poszczególnych fal tętna nie wyczuwa się. Tony serca bardzo ciche i głuche. O godzinie 17 śmierć.

Rozpoznanie: Ze spostrzegania klinicznego wysnuliśmy wkrótce wniosek, że chodzi o jakąś niezwykłą jednostkę chorobową, bliższe jednak jej określenie nie dało się przeprowadzić. Najwięcej danych przemawiało za jakiemś zakażeniem ogólnem, a w szczególności za ropnicą czy posocznicą, przyczem zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że jest to właściwie rozpoznanie z zakłopotania.

Jakież były podstawy do rozpoznawania ropnicy?

W pierwszym rzędzie należy tu podkreślić szczegóły z wywiadów: chory przebył mianowicie zapalenie gardła, niedługo zaś później ropień migdałka i zapalenie stawów, poczem w krótkim czasie pojawiły się bóle w podżebrzu prawem, wymioty, podwyższenie ciepłoty, ogólne osłabienie, bladość powłok, zaostrzenie rysów twarzy. Drugim szczegółem były badania przedmiotowe, wykazywano bowiem tkliwość okolicy wątroby, leukocytozę, dochodzącą do 30.000 ciałek białych, co musiało nasuwać silne podejrzenie na istnienie ogniska ropnego w wątrobie lub w jej otoczeniu, a pozatem na możliwość ogólnego zakażenia. Przeciwko naszemu przypuszczeniu przemawiał tylko ujemny wynik posiewu krwi, ale przecież wiadomo, że wynik ujemny nie ma nigdy znaczenia rozstrzygającego. Przyjmując rozpoznanie ropnicy uważaliśmy ją za sprawę zasadniczą, w której mogły mieć źródło zmiany w sercu i nerkach, prowadzące do spostrzeganych objawów klinicznych.

Badanie pośmiertne wykazało jako zmianę zasadniczą zapalenie guzkowe tętnic, przyczem dotknięte nią były tętnice serca, wątroby, nerek, śledziony, krezki, żołądka, jelit, mięśni tułowia i kończyn. Zmiany te polegały na zgrubieniu ścian miejscami w postaci guzkowatej, na pewnem ich stwardnieniu, na zwężeniu światła naczyń oraz na obecności w nich skrzepów zażyciowych. Były one najwybitniejsze w tętnicach wieńcowych serca, które przedstawiały się jako wałeczki niejednostajnie guzkowato zgrubiałe, twardawe, zawierające miejscami w swem świetle skrzepy zażyciowe t. j. skrzepy kruche, suche, pstre, silnie przylegające do ściany. Również w wątrobie i nerkach tętnice były znaczniej zmienione o ścianach zgrubiałych, o świetle wybitnie zwężonem, tu i ówdzie zawierającem skrzepy zażyciowe. Podobnie, lecz nieco w mniejszym stopniu były zmienione tętnice biodrowe. Inne nie wykazywały zmian widocznych gołem okiem, jednakże drobnowidowo można było także w nich stwierdzić zmiany wielce charakterystyczne.

Jak wynika z badań histologicznych (p. np. opisy w artykułach Macaibnea i Nicauda (13 rycin), Bernardinelli'ego (7 rycin), Wadonia (4 ryciny)) w chorobie tej chodzi o sprawę zapalną wytwórczą, mającą inny przebieg w tętnicach małych, a inny w średnich i większych. W tętnicach małych, odżywianych bezpośrednio krwią krążącą w ich świetle, ulega najpierw uszkodzeniu śródbłonek, jako że jest najbardziej narażony na działanie czynnika uszkadzającego, co zdradza się pęcznieniem i złuszczaniem się. Wcześnie już stwierdza się również zmiany w przydance, które polegają na nacieku, złożonym z komórek obojętnochłonnych, a w pewnej części także kwasochłonnych. W dalszym przebiegu przychodzi do obumarcia błony mięsnej, co następuje stopniowo i to od wewnątrz ku zewnątrz. Wreszcie ostatecznem zejściem jest zastąpienie tkanki martwiczej tkanką ziarninową, która sczasem przechodzi w tkankę bliznowatą. Bujanie tkanki łącznej może doprowadzić do częściowego lub całkowitego zniesienia światła tętnicy. Dużą rolę mogą odegrać tutaj skrzepy zażyciowe, powstające łatwo wskutek uszkodzenia śródbłonka, a podlegające później organizacji t. j. zastąpieniu przez tkankę łączną. W średnich i większych naczyniach najpierw ulegają zmianom — podobnym zresztą do zmian w małych tętnicach — naczynia odżywcze, a następnie przychodzi do nacieku przydanki. Naciek ten w dalszym przebiegu wkracza do warstwy mięsnej, zresztą już poprzednio okazującej porozrywania i zmiany martwicze, a potem dochodzi do błony wewnętrznej, która grubieje wskutek rozrostu tkanki łącznej, znajdującej się między śródbłonkiem, a błoną sprężystą wewnętrzną. Ostatecznie tak te nacieki jak i ogniska martwicze przerasta tkanka ziarninowa, zmieniająca się sczasem w tkankę bliznowatą. O ile naciek i martwica zajmowały na pewnym odcinku naczynia cały jego obwód, może przyjść do wytworzenia się z tego odcinka naczynia litego pasma łącznotkankowego, a jeśli zajmowały tylko część obwodu — do wytworzenia się blizny w ścianie naczynia. Blizny te tworzą *punctum minoris resistentiae* ściany tętnicy i jeśli poniżej niej światło tętnicy ulegnie znacznemu zwężeniu lub zupełnemu zniesieniu, to pod wpływem podwyższonego parcia krwi mogą wytworzyć się tętniaczki, które można wyczuć jako twory guzkowate. Ale także same nacieki, ograniczające się do małych przestrzeni naczynia mogą występować w postaci guzków. Poniżej wspomniane guzki śródskórne polegają właśnie na tej zmianie. Tętnice, jak to podkreśla Janusz — wykazują w zapaleniu guzkowem tętnic tylko zmiany ogniskowe w pewnych ściśle ograniczonych odcinkach, co odróżnia zapalenie guzkowe tętnic od kiły naczyń, w której zmiany rozprzestrzeniają się rozlegle w ścianie tętnic. Wynikiem opisanych zmian w tętnicach jest upośledzenie ich kurczliwości. Tak ten czynnik, jak i zwężenie światła lub jego zamknięcie łączyć się musi z upośledzeniem odżywiania narządów i prowadzić do ich zwyrodnień. W naszym przypadku stwierdzono też rzeczywiście w mięśniu sercowym liczne ogniska martwicze, a w nerkach drobnowidowo zmiany odpowiadające pojęciu nerczycy.

Dodać jeszcze należy, że serce było naogół powiększone, komory i przedsionki rozszerzone, na zastawce dwu- i trójdzielnej stwierdzono zapalenie wsierdzia brodawkowe, że w płucach stwierdzono obrzęk i przekrwienie, a w wątrobie i śledzionie poza przekrwieniem średniego stopnia powiększenie tych narządów.

Objawy i obraz chorobowy: Naogół, jak to podkreślają wszyscy autorzy, sprawa rozpoznawczo przedstawia duże trudności i w olbrzymiej większości przypadków bywa nierozpoznawana za życia, gdyż na sto kilkadziesiąt przypadków opisanych zdołano rozpoznać zaledwie kilka. Jakto już z naszego przypadku do pewnego stopnia można wnosić, kliniczne objawy guzkowego zapalenia tętnic bywają różnorodne i nie są bynajmniej patognomoniczne. Zależą one mianowicie od tego, które naczynia uległy zmianom, które więc narządy wtórnym uszkodzeniom. Objawy, wśród jakich to schorzenie przebiega, można podzielić na: a) objawy ogólne, b) objawy ze strony uszkodzonych narządów, c) objawy charakterystyczne dla guzkowego zapalenia tętnic. Z objawów ogólnych występuje zwykle osłabienie, bezsenność, bladość powłok, gorączka o typie nieregularnym, postępujące charłactwo. Objawy ze strony narządów, których naczynia zostały dotknięte, są następstwem nietyle schorzenia samych naczyń, ile raczej wtórnego uszkodzenia narządów czyto niedokrwieniem z powodu zmian w naczyniach czy też działaniem toksyn. Dadzą się one ująć ogólnie w kilka grup. Według autorów, którzy spostrzegali liczniejsze przypadki schorzenia, możemy przyjąć następujące postacie kliniczne: a) posoczniczą, b) nerwowo-mięśniową, c) żołądkowo-jelitową, d) gośćcową, e) sercową, f) nerkową. Meyer przyjmował jeszcze postać charłaczą. Ponieważ charłactwo spotyka się prawie w każdym przypadku, należy je raczej przyjąć za objaw ogólny, wywołany zatruciem jadami — według Balo — lub niedomogą odżywczą, wywołaną biegunkami, a może i zaburzeniem wsysania jelitowego (Marinesco, Paulian i Draganesco). Przytoczony podział schorzenia pod względem klinicznym jest raczej teoretyczny, gdyż najczęściej mamy do czynienia z postacią mieszaną, a tylko te lub owe objawy wybijają się w pewnych przypadkach na plan pierwszy.

Postać posocznicza cechuje się objawami mniej lub bardziej podobnemi do objawów spostrzeganych w naszym przypadku i dlatego opisywać jej nie będę.

Nerwowo-mięśniowa może dać obrazy różnorodne i to tak z zakresu układu nerwowego środkowego, jakoteż nerwów obwodowych. Możemy spotkać tutaj objawy padaczki prawdziwej lub Jacksonowskiej, dalej sztywność karku, drgawki, ociężałość, senność, objawy zapalenia mózgu. Objawy ze strony nerwów obwodowych występują pod obrazem zapalenia wielonerwowego. Bardzo często spotykamy się tutaj z wybitną bolesnością mięśni, mogącą nasuwać podejrzenie na sprawę zapalną tychże. Zwykle ból mięśniowy dotyczy grup mięśni w częściach tylnych ud, w okolicach grzbietowo-lędźwiowych lub w karku. Postać, której towarzyszą bóle mięśniowe, może być mylnie rozpoznawana jako włośnica *(trichinosis)*, jak to było w przypadku Kussmaula, Maiera, Damscha, Beitzke'go.

W postaci gośćcowatej przychodzi do obrzęku, zaczerwienienia i bolesności stawów, a niekiedy do wysięku, jak to było w przypadku Grafa.

Postać żołądkowo-jelitowa cechuje się jużto biegunkami, jużto skłonnością do zaparcia. W przypadku Rokitansky-ego uporczywe biegunki nasuwały podejrzenie w kierunku czerwonki. Z żółtaczką spotykamy się rzadko, a o ile istnieje, to przebieg jej jest łagodny. Natomiast bardzo często występuje ból samoistny z najczęstszą siedzibą w podbrzuszu i nadbrzuszu. Podobnie jak w naszym przypadku także i w przypadku Grafa ból był umiejscowiony w podżebrzu prawem. Niekiedy mogą wystąpić objawy zapalenia lub kamicy woreczka żółciowego (Gruber). Czasami stwierdza się objawy otrzewne. Objawy te mogą być wywołane niedokrwieniem ściany jelit lub krezki wskutek zmiany chorobowej naczyń lub też są wyrazem rzeczywistego zapalenia otrzewnej, a to wskutek pęknięcia jelita, do którego łatwo przyjść może ze względu na owrzodzenia jelit, jakie tu

niekiedy spotykano. Spostrzegano również powstawanie tętniaków zwłaszcza w wątrobie i trzustce, oraz ich pękanie z następowym krwotokiem do jamy brzusznej.

W postaci sercowej stwierdzano rozszerzenia granic serca, (mogące być wynikiem zwężenia światła naczyń lub jednocześnie istniejącej wady zastawkowej), szmery skurczowe nad tętnicą główną i płucną, jak to podnosi Marinesco, który spostrzegał również i przyśpieszenie tętna. Kahlden natomiast zauważył niestosunek tętna do ciepłoty, podobny jaki stwierdzono i w naszym przypadku. Czasami występuje obraz ostrej niedomogi serca. Ciśnienie tętnicze, jak stwierdza Balo i inni autorzy, ma być podwyższone. W naszym przypadku ciśnienie 110/75 RR, a i objawy sercowe wyraźnie były zaznaczone: rozszerzenie granic serca, szmer skurczowy nad końcem serca, przenoszący się ku podstawie po stronie lewej, drugi ton nad tętnicą płucną zaznaczony silniej, głuche i ciche tony. Przedewszystkiem jednak stwierdziliśmy wyraźne objawy dusznicy bolesnej, co bardziej należy podnieść, że z opisem tych objawów w przypadkach guzkowego zapalenia tętnic nie spotkałem się w dostępnem mi piśmiennictwie. Nieporównanie częściej, jak wiadomo, dusznica bolesna występuje w wieku starszym na tle stwardnienia tętnic. Ale i w wieku dziecięcym schorzenie to może się zdarzyć — zresztą tylko bardzo wyjątkowo (J. G. Mönckeberg). Tak w stwardnieniu, jak i w zapaleniu guzkowem tętnic przyczyna dusznicy bolesnej jest zwężenie światła.

Ze strony nerek możemy spostrzegać lekkie objawy w postaci nieznacznego białkomoczu, jak to było w przypadku naszym, niekiedy objawy silnego zapalenia krwotocznego nerek, a wreszcie objawy ciężkiej mocznicy. Krew poza niedokrwistością większego lub mniejszego stopnia i leukocytozą zmian zwykle nie wykazuje.

Wszystko więc razem wziąwszy, trzeba powiedzieć, że objawy ze strony poszczególnych narządów nie mają nic w sobie znamiennego: wszystkie one mogą być wywołane nietylko zmianami zachodzącemi przy guzkowem zapaleniu tętnic, ale — co bez porównania częściej bywa — przez inne sprawy chorobowe. Jedynym zupełnie pewnym drogowskazem mogą być guzki śródskórne, opisywane w przypadkach większości autorów. W naszym przypadku guzków takich, mimo dokładnego badania, ani też żadnych wykwitów nie znaleźliśmy. Dokładny opis guzków podaje Macaigne i Nicaud. Wielkość ich waha się od ziarna prosa do ziarna grochu. Są ruchome i dobrze wyczuwalne. W miarę dłuższego utrzymywania się stają się bardzo twarde. Skóra nad guzkami może być zaczerwieniona, niekiedy z odcieniem fiołkowym i po pewnym czasie ulega martwinie z wytworzeniem się owrzodzenia. Owrzodzenie ma zwykle postać okrągłą, dno barwy różowawej, pokryte jest cieczą surowiczo-krwawą, brzegi ma ostro odgraniczone od otoczenia. Guzki te pojawiają się w różnych odstępach czasu i w odległych od siebie miejscach, a towarzyszy im świąd i bolesność w miejscu ich powstawania. Niekiedy, i to najczęściej na stopach i dłoniach, przychodzi do wytworzenia się guzków o charakterze pęcherzyków zawierających wysięk o dużej zawartości białka, a niezawierający bakteryj, ani komórek. Czasem przychodzi do rozległych martwin w skórze, jak to było w przypadku Gloora. Guzki, umiejscowione w błonie śluzowej języka i wargi dolnej spostrzegał Bernardinelli, a Lutz natomiast w okolicy stawów i to rozmieszczone symetrycznie. Oprócz guzków i martwin pojawiają się niekiedy wykwity, które mogą nasuwać podejrzenie w kierunku duru brzusznego i płonicy. (Hutinel-Coste-Arnoudet, Krzyszkowski).

Jak wynika z powyższego, rozpoznanie zapalenia guzkowego tętnic może być tylko wtedy pewne za życia, gdy znachodzimy wspomniane guzki śródskórne i gdy ich histologiczne badanie wykaże cechy omawianej sprawy. Wszelkie inne szczegóły obrazu chorobowego przy jednocześnie ujemnych wynikach badań serologicznych i biologicznych mogą tylko nasuwać podejrzenie w kierunku guzkowego zapalenia tętnic. Balo radzi wycinać skrawki z mięśni i badać je histologicznie w przypadkach podejrzanych, przebiegających z objawami bólu mięśniowego. Tym sposobem można niekiedy rozstrzygnąć wątpliwości i należycie wyświetlić sprawę.

Przebieg. Choroba może mieć przebieg ostry, podostry lub przewlekły. Przypadek o wybitnie przewlekłym przebiegu, bo trwającym około 25 lat opisał Bernardinelli. W ostrym przebiegu, w przypadku Schmidta choroba trwała 12 dni, w przypadku Fishberga tylko 6 dni. Najczęściej zdarza się przebieg podostry, którego czas trwania waha się przeciętnie w granicach od kilku do kilkunastu miesięcy. Niekiedy przychodzi do okresów poprawy, utajenia choroby, poczem w jakiś czas objawy wracają.

Powstawanie. Przyczyna guzkowego zapalenia tętnic nie jest jeszcze dzisiaj należycie wyświetlona. Ogólnie przyjmuje się, że jest to sprawa zakaźna, jednakże co do swoistości zarazka zagadnienie stoi otworem. Doświadczenia dotychczasowe nie usprawiedliwiają jednakże przyjęcia tła swoistego. Najbardziej może właściwem jest przypuszczenie nadmiernego oddziaływania tętnic na bodźce zapalne bakteryjnego pochodzenia. Białko bakteryjne po dostaniu się mikrobów po raz pierwszy do krwi ustroju wywoływałoby uczulenie ścian naczyń, a po ponownym wtargnięciu tych bakteryj przychodziłoby już do nadmiernego odczynu w postaci guzkowego zapalenia. Za tą teorją przemawiałyby doświadczenia, wykonane na zwierzętach (Metz, Klinge, Siegmund), jak również fakt, że rozwój sprawy poprzedzają często pewne choroby zakaźne. Typowym tego przykładem jest omawiany przypadek. Możnaby przyjąć, że bakterje pierwszego zapalenia gardła na początku choroby wywołały uczulenie ścian tętnic, a bakterje, które były przyczyną ropnia migdałka, sprowadziły już nadmierny odczyn, który niedługo potem ujawnił się klinicznie. Jeżeli to pojmowanie jest słuszne, w rozpoznaniu „ropnicy" nie odbieglibyśmy zbytnio od istotnego stanu rzeczy. Trzeba dodać, że rozpoznanie ropnicy czy posocznicy powtarza się dość często u autorów. Bernardinelli podnosi w pracy swej znaczenie etjologiczne wyskoku. W jego przypadku, rozpoznanym za życia, podanie doustne alkoholu wywoływało mianowicie pojawienie się guzków śródskórnych. Z drugiej strony trzeba podnieść, że przeciw znaczeniu wyskoku w powstawaniu zapalenia guzkowego tętnic przemawiają przypadki tej sprawy chorobowej spostrzegane u osesków, jak również i u ludzi dorosłych nieużywających wyskoku.

Rokowanie. Chociaż wyjątkowo spostrzegano wyleczenia — czyto po podawaniu jodu lub salwarsanu czy też nawet samoistne — zapalenie guzkowe tętnic daje z reguły rokowanie niepomyślne i w większości przypadków kończy się śmiercią. Pod względem leczniczym niema dotychczas żadnych bliższych wskazań, co zresztą częściowo może jest w związku z tem, że zbyt mało przypadków było dotąd rozpoznanych za życia. Toteż jest bardzo pożądane, żebyśmy się z symptomatologją choroby zapoznali lepiej i żebyśmy w ten sposób mogli pewniej ją rozpoznawać.

Piśmiennictwo:

Balo und Nachtnebel: Virchows Archiv, t. 272, 1929. — Beitzke: Virchows Archiv, t. 199. 1910. — Bernardinelli: La Presse médicale. Nr. 14. 1933. — Damsch u. Beitzke: cyt. przez Grubera. — Fishberg: Virchows Archiv. t. 240. 1923. — Gruber: Virchows Archiv. t. 258. 1925. — Graf: cyt. przez Marinesco. — Gloor: Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Nr. 37. 1926. — Hutinel-Coste-Arnoudet: La Presse médicale Nr. 5. 1930. — Hornowski: Prace Zakładów Anat. Patol. Uniwersytetów Polskich, t. I. 1924/25. — Janusz: Prace Zakładów Anat. Patol. Uniwersytetów Polskich, t. II. 1927. — Krzyszkowski: Przegląd Lekarski. Nr. 3—4—5. 1889. — Kahlden: cyt. przez Krzyszkowskiego. — Klinge: Virchows Archiv, t. 278. 1930. — Marinesco-Paulian-Draganesco: La Presse médicale, Nr. 91. 1923. — Macaigne-Nicaud: La Presse médicale, Nr. 34. 1932. — Metz: Zieglers Beitr. t. 88. 1932. — Meyer P. S.: Berliner klin. Wschr. Nr. 19. 1921. — Rokitansky: cyt. przez Marinesco. — Skubiszewski: Lekarz Wojsk. Nr. 11. 1921. — Schmidt: Beitr. path. Anat. t. 43. — Siegmund: Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat. t. 35. 1924/25. — Mönckeberg: cyt. przez Pfaundler u. Schlossmann. Handbuch d. Kinderheilkunde. t. III. wyd. III. 1923. — Wadoń: Polska Gazeta Lek. Nr. 14 i 15. 1933.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan DYBOWSKI, asystent szpitala. Warszawa.

Przypadek ostrego zapalenia mięśnia czworobocznego lędźwi z wysoką leukocytozą. *(Monomyositis acuta lumbalis cum leucocytosi magna).*

Ze szpitala Św. Stanisława w Warszawie.
Ordynator: Dr. Eugenjusz Osiński.

Chory S. S., lat 29, robotnik przybył na oddział V szpitala Św. Stanisława dnia 5. X. 1932 r. Choroba rozpoczęła się przed 14-tu dniami silnym bólem w okolicy lędźwiowej prawej, dreszczami, bólem brzucha i kończyny dolnej prawej. Tegoż dnia dźwignął ciężar, poczem odrazu uczuł ból w okolicy lędźwiowej. Apetyt nieco się pogorszył. Stolec i mocz oddaje prawidłowo. Przed 8-miu laty wrzód miękki, innych chorób nie przechodził. Rodzina zdrowa.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, odżywienie niezłe; skóra i śluzówki blade. Język wilgotny z szarym nalotem. W płucach nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego nad obu szczytami, oraz zaostrzenie szmerów oddechowych. Oddechów 16 na 1'.

Serce w granicach normy. Ton pierwszy nad koniuszkiem serca słaby, drugi ton nad tętnicami, główną i płucną, nieco wzmożony.

Tętno miarowe, dobrze napięte i wypełnione, 76 na 1'. W narządach jamy brzusznej odchyleń od normy nie stwierdzono.

Prawa okolica lędźwiowa obrzmiała i wypuklona, wykazuje żywą bolesność i ciastowatość, jakby chełbotanie, przyczem skóra w tem miejscu, zwłaszcza na wysokości 3 kręgu lędźwiowego lekko zaczerwieniona.

Ruchy tułowia bolesne, zresztą bardzo ograniczone (przeginanie w prawo wywołuje silny ból). Układ nerwowy bez zmian.

Mocz mętny, odczyn obojętny, c. g. 1016, białka i cukru nie zawiera; odczyn dwuazowy ujemny, na urobilinę i urobilinogen dodatni.

W osadzie pojedyńcze leukocyty i nabłonki płaskie oraz liczne fosforany obojętne.

6. X. Po nakłuciu mięśnia czworobocznego prawego lędźwi *(m-li quadrati lumborum dextri)*, nic nie otrzymano (Dr. Piasecki). Na prawą okolicę lędźwiową zastosowano okład rozgrzewający z płynu Burowa.

Krew: c. b. 25.000 w mm^3. Wzór: obojętnochłon.: 78%, w tem pętl. 33%, segm. 45%; kwasochł. 2%, mon. 8%, limf. 12%, cieni 4 na 100 c. b. Odczyn Widala 1:100.

7. X. Ciśnienie krwi 133/85. Obmacywanie prawej okolicy lędźwiowej mniej bolesne. Spał dobrze.

10. X. Samopoczucie dobre. Ciepłota drugi dzień normalna.

12. X. Wygórowanie i bolesność okolicy lędźwiowej prawej ustąpiły. Ruchy tułowia niebolesne i nie są ograniczone. Samopoczucie dobre. Posiew kału i moczu pałeczek Ebertha nie wykazał.

14. X. C. b. 12.100, wzór obojętnochłon. 65%, w tem pętl. 30%, segm. 35%; kwasochł. 2%, mon. 13%. limf. 20%. Odczyn Widala 1:100. Badania bakterjo- i serologiczne wykonano w pracowni szpitalnej (kierownik Doc. Dr. Karwacki).

17. X. Wypisał się zdrów.

Za rozpoznaniem ostrego zapalenia mięśnia czworobocznego lędźwi przemawiały objawy następujące: znaczne obrzmienie i ból przy ucisku okolicy lędźwiowej, ograniczenie i bolesność ruchów, zaczerwienienie skóry nad mięśniem zajętym, stan podgorączkowy przez 4 dni, raz jeden tylko 38.1°. Ograniczenie schorzenia tylko do jednego mięśnia świadczyłoby zgodnie z panującemi poglądami o pochodzeniu reumatycznem cierpienia.

Przypuszczenie ropienia mięśnia (chełbotanie rzekome), usunęło próbne nakłucie z wynikiem ujemnym. Obraz morfologiczny krwi w tymże czasie wykonany wskazywał, że sprawa zapalna w mięśniu była jakoby bliską zropienia; wygórowana leukocytoza (25.000 b. c. kr., w czem obojętnochłon. 78% z przesunięciem na lewo ich wzoru, zwiększenie liczby monocyt. 8%, zmniejszenie liczby limfoc. 12%).

Po upływie 8 dni w czasie, gdy objawy zapalenia mięśnia minęły, leukocytoza spadła do 12.000 przy nieznacznem zmniejszeniu wielojądrzastych (65%) i z przesunięciem obrazu na lewo, nadto zaznaczył się przyrost monocytów (13%), a liczba limfocytów była prawie normalna (20%). Kwasochłonne cały czas obecne (2%).

Ogólny stan chorego, prócz niewielkiej gorączki, nie wykazywał uchyleń od normy. Choroba trwała 18 dni.

Jeśli schorzenie mięśnia, jak zaznaczono wyżej, można byłoby zakwalifikować jako pochodzenia reumatycznego, to uraz „dźwignięcie" był prawdopodobnie tylko bodźcem, ujawniającym i pobudzającym do rozwoju schorzenia mięśnia.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław HORNUNG. Lwów.

Sprawozdanie z Konferencji w sprawie ochrony zdrowia i ubezpieczeń na wypadek choroby młodzieży akademickiej. (Leysin 2—4 czerwca 1933).

Dokończenie.

Osobne posiedzenie poświęcono wyłącznie omówieniu akcji przeciwgruźliczej na terenie akademickim; należy jednak podnieść, że sprawa gruźlicy wśród młodzieży, jako najbardziej aktualny temat i ściśle związany z innemi zagadnieniami zdrowotnemi, była poruszaną na wszystkich posiedzeniach w łączności z omawianiem tematu głównego.

Referent Hornung ze Lwowa przedstawił: *Zasady organizacyjne akcji przeciwgruźliczej na terenie szkół wyższych,* opierając się przedewszystkiem na dotychczasowych doświadczeniach lwowskiej „Opieki Zdrowotnej". Akcja zwalczania gruźlicy wśród młodzieży jest niewątpliwie najpoważniejszem zagadnieniem zdrowotnem. Musi ona być oparta na szerokich podstawach i posługiwać się środkami stanowczemi, by była skuteczną. Konieczną rzeczą jest wciągnięcie do tej akcji jaknajszerszych czynników, nietylko wśród młodzieży, ale także władz uniwersyteckich i centralnych — nie można również pominąć miejscowych władz samorządowych.

Powiązanie leczenia i opieki społecznej w zakresie gruźlicy, jak również zapobiegania w jednej organizacji jest ze względów praktycznych i dobra chorego pożądane.

Wczesne rozpoznanie gruźlicy przedstawia ze stanowiska całości akcji niezmierne znaczenie, gdyż umożliwia ono rozpoczęcie wczas leczenia i skuteczne jego przeprowadzenie. W tym celu powinno się umożliwić studentom samorzutnie zgłaszającym się badanie w każdej chwili — a następnie muszą być wprowadzone badania serjowe wszystkich studentów przy pomocy promieni Roentgena, dla uchwycenia przypadków gruźlicy płuc, niedających objawów, a przecież tak częstych.

Leczenie gruźlicy wymaga wielkich kosztów, przedewszystkiem z powodu konieczności prowadzenia go przez długi czas, a następnie długiego okresu obserwacji. Leczenie obejmuje pobyt w sanatorjum, na oddziele szpitalnym, czy klinicznym i wreszcie leczenie ambulatoryjne. Wybór odpowiedniego sposobu zależy wyłącznie od każdego przypadku zosobna, a powinien być oddany w ręce doświadczonego lekarza. Konieczną rzeczą jest również roztoczenie należytej opieki i nadzoru nad chorymi powracającymi z sanatorjum. Dla tych studentów wskazane byłoby stworzenie osobnego domu zdrowia w mieście uniwersyteckiem.

Wkońcu dla ochrony zdrowia cennej warstwy społeczeństwa konieczne jest przynajmniej ograniczenie zakażeń wśród samej młodzieży przez niedopuszczenie względnie wykluczenie od kontaktu ze zdrowymi chorych prątkujących. Badania wstępne umożliwiają uchwycenie i niedopuszczenie do studjów takich kandydatów; na wypadek stwierdzenia zachorowań w ciągu roku szkolnego, natychmiastowe zarządzenie leczenia w zakładzie również spełnia ten postulat. Również badania studentów chorych przed przyjęciem na wyższe lata studjów stanowiłyby sito dla przypadków niebezpiecznych dla otoczenia. Ważna rola przypada również akcji umieszczania na kolonjach wakacyjnych i prewentorjach — nawet całorocznych — ozdrowieńców, asteników i wyczerpanych ze stanowiska zapobiegania i wzmożenia odporności przeciw zakażeniom. Szczególną opieką musi się otaczać mieszkańców domów akademickich. Perjodyczne badania wszystkich mieszkańców 1—2 razy do roku są koniecznością.

Najodpowiedniejszym organem przeprowadzającym tę akcję jest bezsprzecznie przychodnia przeciwgruźlicza, której zadaniem byłoby czuwanie nad chorym i zapobieganie schorzeniom w myśl zasad, powyżej przedstawionych. Przychodnia powinna pozostawać w ścisłej łączności z oddziałem klinicznym, by w razie potrzeby można było bezzwłocznie przyjąć chorego do zakładu w celach obserwacji, leczenia, czy też izolacji. Pożądane byłoby, by na czele organizacji nadzorującej prace przychodni stał przedstawiciel władz uniwersyteckich, coby znacznie ułatwiło przeprowadzenie szeregu ważnych i niekiedy trudnych do zrealizowania zarządzeń. Następnie przedstawił mówca schemat lwowskiej organizacji akcji przeciwgruźliczej, która została oparta na zasadach przedstawionych powyżej i w której pod wieloma względami zasady owe zostały wprowadzone w życie. (Referat przeznaczony do druku).

Kattentidt (Monachjum) referował sprawę finansowania „opieki społecznej" w zakresie gruźlicy. Studencka kasa chorych w Monachjum udziela wszystkim ubezpieczonym bezpłatnych porad lekarskich, pokrywa koszta pobytu w szpitalach do 13 tygodni w półroczu. Członkiem kasy są obowiązkowo wszyscy studenci (ogółem 14.000). Wpłacają oni na ten cel po 11,20 RM. Jako osobna organizacja istnieje „Opieka", która udziela zasiłków na opłacenie lekarstw, okularów, mieszkań, dożywiania, leczenia zdrojowiskowego i przedewszystkiem leczenia sanatoryjnego w przypadkach gruźlicy i to zawsze indywidualnie w zależności od stanu majątkowego petenta, a ponadto organizuje „Opieka" badania serjowe wszystkich studentów. Na cele „Opieki" wpłaca każdy student 4 RM. rocznie. Ponadto są obowiązani studenci do opłat w wysokości 4 RM. na cele sportowo-lekarskie i 3 RM. na ubezpieczenie od wypadków. Razem więc opłacają studenci na cele związane ze zdrowotnością 22.20 RM., t. j. ponad 46 Zł rocznie.

Ciekawe jest zestawienie wydatków „Opieki" za półrocze zimowe 1930/31:

leczenie sanatoryjne	50.019.57 RM.
dożywianie	3.708.89 „
leczenie zdrojowiskowe i wypoczynkowe	4.484.15 „
koszta materjałów stomatolog.	1.165.40 „
pomoc gotówkowa	455.11 „
lekarstwa, okulary i t. p.	2.983.25 „
administracja	9.590.65 „
	71.407.02 RM.

Koszta administracji wynoszą więc 13% wszystkich wydatków. „Opieka“ opłaca trzech lekarzy, cztery sekretarki i jednego studenta. Podkreślić należy, że udział studentów w kosztach leczenia sanatoryjnego jest dość znaczny, wynosi bowiem około 40%. W ostatnich czasach wprowadzono również zasadę, że świadczenia, jakie otrzymują studenci na leczenie sanatoryjne, zostają przez nich objęte częściowo jako bezprocentowa pożyczka, którą zobowiązują się zwracać w małych ratach miesięcznych, z chwilą gdy dochody ich przekroczą 130 RM. miesięcznie — kwota dłużna nie przekracza jednak nigdy 1000 RM.; ewentualną nadwyżkę w wydatkach sanatoryjnych pokrywa bezzwrotnie „Opieka“. Okazało się, że już nadspodziewanie szybko studenci zaczęli spłacać swe zobowiązania.

Prof. Alexander z Agra (Szwajcarja) wygłosił referat: *O leczeniu pracą studentów chorych na gruźlicę,* podnosząc szkody, jakie mogą wyniknąć dla studenta z konieczności przeprowadzenia leczenia spoczynkowego, jeśli chodzi o jego duchowe zdolności i charakter, a wkońcu i chęć do pracy. Dlatego też konieczne jest umożliwienie chorym studentom odpowiedniego zajęcia, dawkowanego w zależności od stanu chorobowego. Leczenie pracą posiada ponadto ze stanowiska lekarskiego wielkie znaczenie, gdyż ułatwia ona możliwie ścisłą ocenę zdolności do pracy, przy końcu leczenia. Referent przedstawił sposoby leczenia pracą w sanatorjum w Agra, gdzie studenci zajęci są tłumaczeniami, układaniem indeksów i podobną pomocniczą pracą naukową, następnie nauką języków, pisania na maszynie i dyskutowaniem rozmaitych problemów w odpowiednich kółkach. W niektórych przypadkach uzyskują studenci zarobki, które pozwalają im na częściowe choćby pokrycie kosztów leczenia w sanatorjum.

Prof. Palmieri z Neapolu mówił o *ochronie zdrowia młodzieży w mieście uniwersyteckiem,* podnosząc trzy najważniejsze niebezpieczeństwa grożące studentom, a mianowicie gruźlicę, choroby weneryczne i szczególnie we Włoszech aktualne schorzenia żołądkowo-jelitowe. Referent wypowiada się stanowczo za ścisłą kontrolą stanu zdrowia wszystkich studentów i dokładnem śledzeniem kroków studenta chorego na gruźlicę. Dla powracających z sanatorjów zaleca stworzenie sanatorjów dziennych. Zwalczanie chorób wenerycznych powinno przedewszystkiem opierać się na propagandzie wzniosłych idei i wszczepieniu młodzieży głębokiej pogardy dla prostytucji. Zalecanie jedynie środków zapobiegawczych nigdy nie prowadzi do celu. Z chwilą zachorowania konieczne jest natychmiastowe i dokładne przeprowadzenie leczenia. Sprawa odpowiedniego odżywiania w środowiskach uniwersyteckich jest bardzo ważną, gdyż, jak uczy doświadczenie, we włoskich miastach bardzo wielu studentów zapada na schorzenia przewodu pokarmowego z powodu spożywania złych potraw. Konieczną rzeczą jest stworzenie odpowiednich jadłodajni a nawet kuchen dietetycznych pod fachową kontrolą.

Thomas z Drezna referował sprawę: *Obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia studentów na wypadek choroby.* W Niemczech istnieje pod tym względem wielka różnorodność. Nie we wszystkich uczelniach istnieje obowiązkowe ubezpieczenie. Składki na kasę chorych są różne, wahają się w granicach od 4—15 RM. w półroczu. Również świadczenia są rozmaite. Stanu tego nie można uważać za odpowiedni. Dlatego też naczelna organizacja studencka *(Deutsche Studentenschaft)* opracowała wytyczne, które zostały przedstawione wszystkim miejscowym władzom uniwersyteckim, jak również i Ministerstwu Oświaty. Jak przypuszcza referent wkrótce zostanie sprawa kas chorych ujednostajniona we wszystkich uczelniach niemieckich. Najważniejsze postulaty wysunięte przez młodzież przedstawiają się następująco: ubezpieczenie jest obowiązkowe, przyczem każdy student opłaca pewną kwotę przy wpisie na uczelnię, zależną od miejscowych stosunków, nieprzekraczającą jednak 10 RM. w półroczu. W środowiskach, gdzie istnieje Wydział lekarski, przy oparciu o ten Wydział, opłaty mogą być niższe jak gdzieindziej. Włączenie w zakres świadczeń Kasy leczenia chorych wenerycznych pociągnie za sobą podwyższenie składki. Godne zalecenia jest wprowadzenie obowiązku zakupna karty polecającej np. za 1 RM. przy pierwszej wizycie u lekarza. Koszta lekarstw nieprzekraczające 3 RM. powinien pokrywać student; jedynie droższe lekarstwa otrzymałby na koszt Kasy chorych. Kasa chorych winna również pokrywać koszta pobytu chorego w szpitalu, niedłużej jednak jak przez 13 tygodni w jednem półroczu. Jako uzupełnienia Kas chorych winny działać organizacje „opieki społecznej“, których zadaniem będzie umożliwienie przeprowadzenia odpowiedniego leczenia studentom niezamożnym; w pierwszym rzędzie należy tu wymienić leczenie gruźlicy, jako najkosztowniejsze. W Niemczech prowadzono również rokowania z prywatnemi towarzystwami ubezpieczeniowemi; okazało się jednak, że stawki proponowane przez te towarzystwa przewyższały kilkakrotnie dotychczas obowiązujące opłaty, przy utrzymaniu bardzo ograniczonych świadczeń.

Hoffmann z Pragi referował sprawę *zadań i dróg akcji wypoczynkowej i opieki nad ozdrowieńcami.* Opieka nad ozdrowieńcem jest ważną częścią składową akcji zdrowotnej wśród młodzieży. To samo dotyczy osłabionych i wycieńczonych studentów. Praski „Instytut ochrony zdrowia studentów‘ urządził w b. r. dom zdrowia dla ozdrowieńców w zdrowej okolicy w pobliżu Pragi; w ten sposób chciano umożliwić studentom utrzymanie kontaktu z uczelnią i utrzymanie ciągłości pracy naukowej. Doświadczenie bowiem uczy, że jedynie z wielką niechęcią przerywają studenci studja w celach zdrowotnych mimo pouczeń lekarza o grożącem niebezpieczeństwie. Dom ten pomieści narazie 25 studentów. W odpowiednich przypadkach udziela „instytut“ zapomóg na dożywianie i umieszcza w higjenicznych warunkach studentów w domach akademickich w Pradze. Ponadto wzywa się ozdrowieńców do badań kontrolnych, a pielęgniarki społeczne odwiedzają ich w domach.

Osobnym działem pracy są kolonje letnie. Około 30% młodzieży wymagałoby umieszczenia w takich kolonjach. Od r. 1928 organizuje je „instytut“ — poprzednio czyniły to związki młodzieży. W czasie pobytu na wywczasach letnich umożliwia się przedewszystkiem młodzieży uprawianie sportów i gimnastyki pod kierunkiem odpowiednich instruktorów. Ponadto obowiązuje pewien rygor konieczny dla uzyskania pożądanych wyników zdrowotnych w większych skupieniach młodzieży. W każdym obozie wypoczynkowym jest stale lekarz, który nadzoruje i otacza opieką stan zdrowia studentów.

I na tem polu lwowska organizacja „Opieki Zdrowotnej“ nie pozostaje w tyle. Przedłożony przez Hornunga uczestnikom Konferencji album ilustrujący urządzenia i życie wewnętrzne Domu Zdrowia w Mikuliczynie wzbudził wielkie zainteresowanie. Jak wiadomo Dom ten jest całorocznie czynny i przeznaczony dla ozdrowieńców, zagrożonych gruźlicą i wątłych.

Jeden wieczór poświęcono wyłącznie zwiedzeniu i zapoznaniu się z organizacją Szwajcarskiego Sanatorjum uniwersyteckiego w Leysin. Sanatorjum to zostało otwarte w r. 1922. Wszyscy studenci wyższych szkół szwajcarskich, jak również docenci i profesorowie składają na cele sanatorjum pewną kwotę (10 wzgl. 20 fr. szw. rocznie). Z Sanatorjum korzysta prócz studentów szwajcarskich wielu cudzoziemców. Dyrektorem sanatorjum jest Dr. Vauthier, który zdołał uczynić z sanatorjum o 50 pacjentach jedną wielką rodzinę. Jest rzeczą godną podziwu, jak ściśle istnieje współżycie między studentami z lekarzami, a nawet ich rodziną. Studenci mają do swej dyspozycji wielką bibliotekę i pracownie do nauki. Ponadto urządza się co pewien czas seminarja i wykłady zaproszonych profesorów szkół wyższych, nietylko szwajcarskich. Według zdania Vauthiera praca intelektualna nie okazała się dla żadnego studenta przeszkodą w leczeniu. Vauthier jest entuzjastycznym propagatorem stworzenia wielkiego międzynarodowego sanatorjum akademickiego w Leysin. Jako sekretarz komitetu zabiega niezmiernie pilnie u wielu rządów państw obcych o poparcie finansowe dla tej instytucji, której koszta ogólne mają wynosić około 5 miljonów fr. szw. Rząd związkowy szwajcarski przeznaczył już na ten cel 500.000 fr. szw. a szereg państw przyrzekło udzielić subwencji. Vauthier interesuje się żywo sanatorjum akademickiem w Zakopanem i odnosi się z wielkiem uznaniem dla przedsiębiorczości społeczeństwa polskiego, które zdołało stworzyć jedno z pierwszych i dotychczas największe sanatorjum dla młodzieży akademickiej.

Pozatem zapoznali się uczestnicy Konferencji z sanatorjami dla gruźlicy pozapłucnej, założonemi i kierowanemi przez Prof. Rollier. Współpracownicy jego nadzwyczaj ochotnie i wyczerpująco przedstawiali metody i wyniki lecznicze stosowane w tych sanatorjach. Szczególnie interesująco przedstawia się organizacja *„Clinique manufacture“,* gdzie nawet ciężko chorzy na gruźlicę kości i stawów pracują przy wyrobie różnych drobnych części metalowych, pantofli i t. p. zwykle w pełnem słońcu i prawie bez opatrunków ustalających.

Jeśli zechcemy zebrać wyniki Konferencji, to musimy stwierdzić, że Zjazd ten przyczynił się w wielkim stopniu do wzajemnego poznania zapatrywań i istniejących już organizacyj, mają-

cych związek z ochroną zdrowia młodzieży w różnych państwach; wykazał ponadto, że akcja zdrowotna we wszystkich niemal środowiskach jest sprawą niezmiernie aktualną i że poza młodzieżą tak sfery uniwersyteckie, jak i Ministerstwa zdają sobie sprawę z konieczności odpowiedniej jej rozbudowy, a następnie, że to, co już w niektórych środowiskach uniwersyteckich zrobiono na polu opieki społecznej, np. w walce z gruźlicą, wyprzedza daleko obecny stan akcji, prowadzonej na terenie całego społeczeństwa. Pozycja delegata lwowskiego była bardzo dogodna, gdyż spotykał się on z wielu stron z wyrazami uznania dla lwowskiej „Opieki Zdrowotnej" założonej i kierowanej przez Prof. Halbana, która pod niejednym względem może być wzorem dla innych podobnych organizacyj.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Chirurgja Narządów Ruchu i Ortopedja Polska. Nr. I i II. 1933. R. Zanoli: O usztywnieniu spojenia łonowego przy leczeniu skutków gruźlicy łonowej. — J. Jasieński: Gruźlica trzonów i części przynasadowych kości długich. — A. Zalewski: Epicondylitis humeri. — R. Danielewski i J. Komza: Przypadek śluzaka kości człona palca nogi. — J. Granatowicz: Przypadek wrodzonego braku strzałki ze zniekształceniem podudzia i stopy. — T. Suwalski i R. Danielewski: Przypadek nowotworu mieszanego lewego stawu mostkowo-obojczykowego. — J. Peter: Strzemiona wyciągowe. — A. Wojciechowski: Śruba wyciągowa.

Zagadnienia Rasy. Nr. 1—2. 1933. S. Sterling-Okuniewski: Dziedziczność w raku i jej znaczenie ze stanowiska eugeniki. — G. Szulc: Cukrzyca jako zagadnienie społeczne i eugeniczne. — M. Lucius: Cudzołóstwo w świetle europejskich prawodawstw cywilnych i karnych. — L. Wernic: O bezpłodności u mężczyzn. — K. Sieńko: Zagadnienie pożycia małżeńskiego z punktu widzenia eugeniki.

Czasopismo Sądowo-lekarskie. Nr. 2. 1933. M. Grzybowski: Podstawy orzecznictwa dermatologicznego. — W. Grzywo-Dąbrowski: Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego za r. 1932. — W. Grzywo-Dąbrowski: Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za rok 1932. — A. Natanson: Orzecznictwo ginekologiczne i położnicze. — T. Szarbe: O nagłej śmierci we wczesnym wieku dziecięcym.

Polski Przegląd Chirurgiczny. Nr. 2—3. 1933. Michejda K.: Z dziejów Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Wileńskiego. — Meissner A.: Nowy sposób wydłużania podniebienia miękkiego i zwężania gardzieli po zabiegach uranoplastycznych w celu uzyskania dobrej wymowy. — Butkiewicz T.: Żółciowe zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia dróg żółciowych. — Dengel L.: Przypadek torbieli pozaotrzewnej. — Gilels W.: Uśpienie awertyną na podstawie doświadczeń kliniki. — Modrzejewski Z.: Trzy przypadki urazowego pęknięcia śledziony. — Lachs R.: Znaczenie odczynu Biernackiego dla rozpoznania chorób. — Nathan F.: Tłuszczak języka. — Dziembowski Z.: W sprawie chirurgji klatki piersiowej.

Polski Przegląd Radjologiczny. Nr. 3—4. 1933. A. Osiński: Podurowe schorzenie kręgosłupa. — W. Kukowka: Przypadek nadliczbowości palców u nogi. — S. Glozman: Zraz żyły nieparzystej oddzielony podwójnym linijnym cieniem i przypuszczalne wyjaśnienie tego objawu. — A. Pruszczyński: Chrząstniaki płuc z punktu widzenia anatomji patologicznej z uwzględnieniem obrazów radjologicznych. — W. Plewniak: Przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka do przednich powłok brzusznych. — B. Szarecki i W. Zawadowski: Przypadek tłuszczaka okrężnicy powodującego wgłobienie. — A. Bong: Zastosowanie papierów negatywowych w radjografji. — R. Eberhardt: Mało znana bezpośrednia metoda otrzymywania kopij negatywnych. — T. Alkiewicz: Leczenie radem pryszczycy.

Przegląd Zdrojowiskowo-kąpielowy. Nr. 4. 1933. W. Iwanowski: Ciechocinek i jego wskazania lecznicze. — Sabina Mittendorf-Sawicz: Leczenie zdrojowiskowe przytępienia słuchu. — L. Korczyński: Climats et stations climatiques de la Pologne. — A. Goldschmied: O biochemicznem i leczniczem działaniu kruszcowej wody morszyńskiej.

Medycyna Praktyczna. Nr. 6. 1933. B. Kowalski: Postępowanie lekarza praktyka w przypadkach poronienia. — K. Bross: Szkice z zakresu dusznicy bolesnej (angina pectoris). I Wstęp. II Historja. — Cz. Wiecki: Kilka uwag z zakresu lecznictwa.

Wiedza Lekarska. Nr. 6. 1933. Z. Skibiński: Więź ustrojowa i hormony jajnikowe a podatność organizmu na gruźlicę. — Fr. Sienicki: Prosty sposób leczenia czyraków.

Polska Stomatologja. Nr. 7. 1933. K. Szepelski: Nadwrażliwość zębiny i jej zwalczanie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 10. 1933. K. Jonscher: Z epidemjologji płonicy. — T. Białynicki-Birula: Opracowanie części materjałów sanatoryjnych z r. 1931.

Medycyna. Nr. 13. 1933. R. Kaczyński: Zachorowania na błonicę wśród dzieci szczepionych ochronnie anatoksyną. — M. Fejgin: Różniczkowanie, rokowanie oraz postępowanie w stanach żółtaczkowych. — H. Skwarczewska-Stypułkowska: Wpływ preparatów gruczołu piersiowego na krwawienia miesięczne. — K. Wagner: Wskazania i wartości lecznicze Heluanu (w Egipcie).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 13—14. 1933. St. Falkowski: Ku naprawie. — W. Frommer: Upadek materjalny lekarzy i środki zaradcze (dok.). — E. Soboczyński: Obsadzanie i uposażanie stanowisk lekarzy szpitalnych. — J. Drac: Stan nauczania terapji fizykalnej w uniwersytetach zagranicą i u nas (dok).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 25—26. 1933. L. Endelman: Bóle głowy pochodzenia ocznego, bóle oczu pochodzenia pozaocznego. — Sz. Hopensztadt: Ból barkowy jako zagadnienie rozpoznawcze. — J. Eisenfarb i St. Luxenburg: Przyczynek do postępowania leczniczego w niedokrewności złośliwej na tle bróździogłowca szerokiego. — S. Wolfstein: T. zw. otwarta i zamknięta gruźlica u dzieci w świetle nowszych badań. — Wł. Pręgłowski: W sprawie stosowania kąpieli gazowych w naszych uzdrowiskach. — W. Birzowski: Ubezpieczenia społeczne (chorobowe) a stan lekarski.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 27—28 1933. K. Ryder: Dr. Jakób Puterman na tle 25-cioletniej działalności Towarz. Lek. Zagł. Dąbrowskiego. — St. Higier: Ejaculatio Praecox. Wytrysk przedwczesny, jego istota, postacie kliniczne i leczenie. — H. Brokman i St. Gleichgewichtowa: W sprawie patogenezy nagminnego ciężkiego schorzenia o charakterystycznych objawach jelitowych i usznych.— St. Hercenberg: Przyczynek do kazuistyki rzadkich schorzeń prącia (Sarcoma penis u dziecka). — M. Brunowa: Rutonal w lecznictwie zespołów padaczkowych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 29. 1933. B. Zamoyska: Badanie i przechowywanie tranu.

OCENY.

Podręcznik anatomji patologicznej (Précis d'anatomie pathologique). Prof. ROUSSY, Prof. agr. LEROUX i Prof. agr. OBERLING. Paryż 1933 (Masson et Cie). 1344 stron z 582 rycinami i 4 tablicami barwnemi. Cena broszur. 160 franków fr. (= 56 złotych), w oprawie w 2 tom. 175 fr. (= 62 zł).

Nawykłszy do ogólnie przyjętych pojęć i określeń, nie odrazu można oswoić się z podręcznikiem, w którym, dzieląc cały materjał na 4 grupy: zmian elementarnych, zaburzeń krążenia, zapaleń, i nowotworów, pomieszczono wśród zapaleń np.: niedokrwistości, białaczki, chorobę Basedowa i t. p., oraz w którym wszystkie nowotwory złośliwe nazwano „rakami" *(cancers).* Ale w gruncie rzeczy odbiega podręcznik trzech profesorów paryskich od innych podręczników raczej układem i nomenklaturą, niż różnicami w pojęciach. Dotyczy to przedewszystkiem nazwy *„cancers"*, bo jest to tylko zużytkowanie nazwy w języku francuskim prawie nieużywanej (w znaczeniu właściwego raka nabłonkowego, zwykle nazywanego *„épithéliome")* dla oznaczenia jednym wyrazem ogółu złośliwych typów nowotworowych, podzielonych w podręczniku zresztą po staremu na *„cancers épithéliaux"* — właściwe raki, i *„cancers conjonctifs ou sarcomes"* — mięsaki; nowotwory układu nerwowego, barwiczaki i płodziaki (potworniaki), jak również nowotwory łagodne pomieszczono w osobnych rozdziałach podręcznika. Co do „zapalenia" zaś, to używając tej nazwy chcą autorowie podręcznika przeciwstawić proste zmiany elementarne wszystkim tym sprawom, w których ustrój oddziaływa na czynniki szkodliwe zespołem różnych zmian elementarnych. Oczywiście przy takiem przeciwstawieniu ogromna większość zjawisk i spraw chorobowych musi się

znaleźć wśród „zapaleń". Odnosi się wrażenie, że autorowie, wierni zresztą kierunkowi panującemu we Francji a rozszerzającemu mniej lub więcej pojęcie zapalenia, posunęli się tak daleko dlatego, żeby ominąć trudność ściślejszej definicji zapalenia. Zadania określenia zapalenia nie rozwiązał coprawda dotąd definitywnie nikt z tych wszystkich, którzy się o to kusili i wyznaczali tej sprawie zakres to ciaśniejszy, to szerszy, nie mogąc jednak wytyczyć ostrych jego granic na płynnym żywiole zjawisk przejściowych do spraw chorobowych innego rodzaju. Jednakże, jeśli pominąć to narzucenie nazwy „zapalenie" prawie wszystkiemu, co nie jest zmianą elementarną w ujęciu autorów podręcznika, mianowicie zanikiem czy przerostem, lub zwyrodnieniem (w szerszem znaczeniu wyrazu), albo co nie jest zboczeniem krążenia lub nowotworem, — to jednak w „rozbiorze analitycznym" (rozdział II księgi III) i w trzech następnych rozdziałach o zapaleniu (str. 171 do 250) niema w rzeczywistości zasadniczych różnic między podręcznikiem prof. Roussy, Leroux i Oberlinga, a sposobem przedstawienia rzeczy w innych podręcznikach. Większą już różnicę stanowi opracowanie w podręczniku gruźlicy, kiły, trądu, jako spraw przedewszystkiem zapalnych.

Jak wspomniano wyżej, odbiega podręcznik autorów od innych podręczników, nawet francuskich, przedewszystkiem układem. Zaczyna się on od opisu zmian elementarnych, przyczem oddzielnie omawiane są zmiany komórek, a oddzielnie substancyj międzykomórkowych. Ten podział nie wydaje mi się szczęśliwy. Wskutek niego np. o lipoidach poza komórkami znajduje się tylko pobieżna wzmianka w rozdziale o zmianach komórek (str. 26), a wiadomości o wapnieniu rozbite są między ten rozdział (str. 54), a rozdział o zmianach substancyj międzykomórkowych (str. 87). Trudno odgadnąć, co skłoniło autorów do takiego rozdzielenia zmian elementarnych, przypominającego podział zwyrodnień prawie z przed pół wieku, gdy byłem jeszcze studentem. Zdaje mi się, że podział ten nie daje nawet żadnych korzyści dydaktycznych, które jeszcze jedynie mogłyby go usprawiedliwić. — Po opisie zmian elementarnych następuje część, poświęcona zmianom krążenia, przedstawionym w trzech rozdziałach: pierwszy dotyczy zmian w krążeniu krwi, nie odbiegając od zwykłego przedstawienia tych spraw, drugi dotyczy zmian w krążeniu limfy, trzeci mówi o obrzękach, jako o „zmianach środowiska wewnętrznego wywołanych przez zmiany w krążeniu", przez co bardzo ucierpiało w tym króciutkim zresztą rozdziale przedstawienie roli zmian fizyko-chemicznych w obrzękach. Trzecią część podręcznika stanowi szereg rozdziałów o „zapaleniu"; wobec wspomnianego już stanowiska autorów ta część zajmuje oczywiście najwięcej miejsca w podręczniku (od str. 171 do str. 970 = 800 stron), zwłaszcza, że w niej pomieścili autorowie także najważniejsze wiadomości ze szczegółowej anatomji patologicznej, opisując „zapalenia" (w nadanem przez siebie znaczeniu tego słowa) kolejno we wszystkich narządach. To włączenie najważniejszych wiadomości z anatomji patologicznej szczegółowej do podręcznika anatomji patologicznej ogólnej wymieniają autorowie już w przedmowie jako jedną z dwu oryginalnych cech swej książki, nadającą jej szczególne zalety dydaktyczne. Jednakże — o czem autorowie rzecz prosta wiedzieć nie mogli — takie wplatanie najważniejszych wiadomości z anatomji patologicznej narządów do ogólnej anatomji patologicznej w formie jakby epizodów, (czasem tylko przykładowo), było już od r. 1875—1880 właściwością wykładów profesora Browicza w Krakowie; nie wiem, o ile ten sposób nauczania przeszedł do innych polskich uniwersytetów, napewno jednak wywarł wpływ na profesora Hornowskiego w Warszawie, który (nie będąc uczniem Browicza) o tym sposobie słyszał i sam go zastosował. Za drugą zaś odrębność korzystną swej książki uważają profesorowie paryscy uwzględnianie w niej obok morfologji także fizjologji patologicznej, tak, jak prowadzą swoje wykłady od r. 1925. Tu już podkreślanie tego, jako nowości i odrębności, musi trochę zadziwić; wszak niepodobna wyobrazić sobie nauczania „anatomji" patologicznej, jakby jakiejś czystej „morfologji", i współczesny nauczyciel czy autor podręcznika anatomo-patologicznego nie może pomijać ani patogenezy, ani przebiegu, ani niekiedy nawet symptomatologji, wogóle nie może tracić z oczu całości sprawy (procesu) chorobowej, jeśli ma naprawdę czegoś nauczyć o tych stanach, jakie student widzi na stole sekcyjnym i przez mikroskop. Coraz też wyraźniej, a nie od dzisiaj, widać powrót do tego stanowiska dawnych mistrzów i twórców anatomji patologicznej, przez jakiś czas zapomnianego, a widać go nawet w nowszych podręcznikach niemieckich, choćby np. Dietricha. Oczywiście nie wynika stąd, aby czyto anatomja patologiczna, czy też patologja doświadczalna mogły zniknąć z nauczania, jako odrębne przedmioty i zlać się całkowicie w jeden; nikt nie zdoła dziś opanować całkowicie ogromnych zakresów obu tych działów, uwzględniając nawet usamodzielnienie się i oderwanie takich ich gałęzi, jak serologja a przedewszystkiem chemja patologiczna. Niemniej w nauczaniu każdego z tych przedmiotów konieczne jest nietylko ścisłe współdziałanie nauczycieli, ale także w każdym — czerpanie z zakresów pokrewnych. Wszak nie inaczej dzieje się dziś w dziale np. napozór tak ściśle morfologicznym, jak anatomja prawidłowa, której nowoczesne nauczanie nie może nie czerpać z embrjologji, chociaż embrjologja jest i musi pozostać także sama dla siebie odrębnym przedmiotem.

O wartości podręcznika nie rozstrzyga jednak, czy pewne jego właściwości są istotną nowością i czy są one wyłącznie pomysłem autora, czy też szedł tą samą drogą — o czem autor nie wiedział — także ktoś inny. O wartości podręcznika rozstrzyga jego konstrukcja, ułatwiająca studentowi uporządkowanie sobie w umyśle faktów i pojęć, rozstrzyga dotrzymanie kroku współczesnemu poziomowi nauki, rozstrzyga sposób przedstawienia rzeczy, a w podręczniku anatomji patologicznej wpływa na wartość jego niewątpliwie także ilość i jakość rycin. Oceniając podręcznik prof. Roussy, Leroux i Oberlinga pod temi względami, niepodobna odmówić mu wielkich zalet. Wprawdzie trudno rozstrzygnąć bez wypróbowania, czy układ przedmiotu taki, jak w tej książce, góruje dydaktycznie nad zwykle przyjętym układem, niemniej trzeba przyznać, że układ ten sam w sobie jest konsekwentnie oparty na jednej linji wytycznej. W szczegółach zaś widać, że autorowie są dobrze obeznani ze współczesnym stanem wiedzy i starają się obeznać z nim czytelnika, o ile to w ramach podręcznika jest możliwe. W tym zakresie odczuwa się w książce jakby renesans anatomji patologicznej we Francji, przez jakiś czas znajdującej się tam na drugim planie, odzyskującej teraz należne jej stanowisko głównie dzięki Massonowi i autorom podręcznika, którzy sami są naukowo bardzo czynni, a sami też w przedmowie wyrażają pragnienie, by swemu działowi przywrócić we Francji znaczenie. Tok wykładu posiada właściwą Francuzom jasność i precyzję. Wreszcie wielką zaletą są bardzo liczne ryciny, przeważnie z bardzo dobrych (poczęści półschematycznych) rysunków (wśród których są jeszcze niektóre ręki znakomitego rysownika, zmarłego niedawno Polaka Karmańskiego, emigranta z r. 1863, nazwanego przez autorów „nieodżałowanym").

Rozpowszechnienie się podręcznika prof. Roussy, Leroux i Oberlinga w Polsce byłoby pożądane nietylko z powodu tych zalet, ale także dlatego, że poglądy medycyny francuskiej, odbijające się w wielu miejscach podręcznika, powinnyby przeniknąć szerzej do nas jako przeciwwaga lub uzupełnienie wpływów nauki niemieckiej, może nieco jednostronnie oddziałujących doniedawna na naszą medycynę. W każdym razie książka ta przyniesie pożytek obok polskiego podręcznika prof. Nowickiego, zwłaszcza dopóki warunki wydawnicze nie pozwolą na drugie jego wydanie, uzupełnione nowszemi zdobyczami nauki. Powodzeniu książki profesorów paryskich sprzyjać też może cena, nieporównanie niższa od książek niemieckich.

Szata zewnętrzna książki jest bardzo estetyczna.

Ciechanowski (Kraków).

Rozsiane stwardnienie a dziedziczność. (Multiple Sklerose und Erbanlage). Fryderyk CURTIUS, Lipsk, Thieme-Verlag. 1933 r. Cena RM. 18.

Monografja wydana pod tytułem powyższym jest dziełem nader ciekawem. Zdawałoby się na pierwszy rzut oka, iż temat tak dalece specjalny nie potrafi zainteresować ogółu czytelników P. G. L. Przestudjowałem pracę po raz wtóry i przystępuję jednak do omówienia, ponieważ zawiera dużo szczegółów zasadniczo ważnych w każdym zakresie badań naukowych. Zgóry zastrzegam się, iż jednego z rzekomych zadań recenzenta, a to, aby oszczędzić czytelnikowi studjum oryginału, — nie jestem w stanie spełniać. Przeciwnie dążę do tego, aby zachęcać do pogłębienia się w tę kwestję wszystkich kolegów po fachu, kwestję, która przez najpoważniejszych badaczy bywała traktowaną po macoszemu.

A więc, odchyliwszy wraz z autorem drzwi wejściowe do warsztatu, w którym się bada istotę stwardn. rozs., natrafimy na materjał faktów, zebranych w kwestji natury zakaźnej, wzgl. przenośności tej choroby. Że nie może być mowy w chwili obecnej o rozwiązaniu tej kwestji, jest dowodem fakt, iż istnieje niemniej, niż pięć poglądów: 1) teorja krętków, 2) teorja o zarazku niewidzialnym, 3) teorja Chevassuta *(Sphaerulatheorie),* 4) teorja gruźlicza Loewensteina i wreszcie 5) teorja zakażenia ogniskowego. Toteż powiada Bing: ...„nie mogę sobie wyobrazić, iż moglibyśmy przetrwać już od dziesiątek lat w kontrowersji o istotę st. r., gdyby choć jeden z badaczy znalazł całą prawdę"...

Niemniej podzielone są zdania histologów, choć najwięcej autorów obraz uważa za zapalno-infekcyjny.

Praca Curtiusa jest przedewszystkiem dowodem faktu, że medycyna współczesna stoi pod egidą nauki o dziedziczności i konstytucji. Toteż bardzo trafnie autor w streszczeniu swojem na końcu podkreśla, ile bodźców nauka nasza zawdzięcza temu kie-

runkowi, oraz że byłoby błędem bardzo grubym, gdybyśmy się posługiwali pojęciem konstytucji jedynie po to, aby wypełniać luki w naszych wiadomościach. Badania nad dziedzicznością, przeprowadzone metodami nowemi i swoistemi, dały rezultaty nienmiej poważne, niż histopatologja lub też bakterjologja doświadczalna. Wiemy dziś dzięki tym wynikom, że byłoby błędem rozpatrywać zagadnienia patologiczne względem j e d n e j przyczyny. Przekonaliśmy się, iż wiele warunków składa się na zespół lub objaw chorobowy. A właśnie jednostka taka, jak stwardn. rozs. jest dobrym tego przykładem. Równocześnie należy przyznać, że tylko autor — znawca spraw konstytucjonalnych i opanowujący w dużej mierze technikę badań genealogicznych, był powołanym do wypowiedzenia się w kwestji dziedziczności w st. r. Z pośród specjalnych wyników pracy omówionej należy wymienić następujące:

U krewnych chorych na st. r. schorzenia układu nerwowego są istotnie częstsze, przyczem istnieje wyraźny paralelizm pomiędzy stopniem pokrewieństwa a nasileniem obarczenia. W rodzinach z st. r. szczególnie częstemi były schorzenia wskazujące na „mniejwartościowość mózgową": jak starcze i aterosklerotyczne otępienie, psychozy cyrkularne, padaczka, oligofrenja, ciężkiego stopnia psychopatja, samobójstwo i inne. Pozatem przekonujemy się, iż małżeństwa śród krewnych u rodziców chorych na st. r. były znacznie częstsze, niż u ludności przeciętnej. Jest to niewątpliwie dowód, iż konstytucja chorych na st. r. jest nienormalną i stwierdzenie to będzie odgrywało na przyszłość ważną rolę w badaniach nad etjologją i patogenezą cierpienia. Analiza obrazu chorobowego, skomplikowanego np. przez objawy psychiczne, wykazała zaczątki tych samych objawów u krewnych probandów, niecierpiących na st. r. Albo głuchota pochodzenia nerwowego, brana dotychczas jako objaw składający się na zespół st. r. w pojedyńczym przypadku, — znalazła się w badaniach genealogicznych w pokrewieństwie chorego i t. d. Tak przegląd piśmiennictwa jak i badania własne doprowadziły autora do pojęcia „rodziny neuropatycznej", już znanego w starej nauce o konstytucji, tam jednak mającego jedynie znaczenie empiryczno-intuicyjne. Nowe drogi się otwierają badaniom nad korelacją konstytucjonalną. Słusznie też autor na końcu zachęca do zastosowania jego metod w innych jednostkach: „aby móc zbadać genjalne koncepcje klasyków i dać patologji, czego tak bardzo jej potrzeba: rozwiązanie naukowe starej kwestji o warunkach indywidualnej patogenezy".

Spis literatury obejmujący 10 stronic uzupełnia pracę, wydaną bardzo starannie. *Obständer* (Bielsko).

Ropnie płuc. (Les abscès du poumon). MICHEL LEON KINDBERG, ROBERT MONOD. Masson. Paris. 1932.

Książka powyższa jest oparta na materjale własnym autorów, którzy w ciągu dziesięciu lat obserwowali i studjowali 150 przypadków ropni płuc. Stwierdzają przedewszystkiem fakt częstszego niż dawniej pojawiania się tych ropni. Pod względem anatomo-patologicznym podzielić można ropienia w tkance płucnej na następujące rodzaje: a) absces pojedyńczy ograniczony, b) abscesy wieloogniskowe, c) bez wyraźnej granicy (areolarne), d) jamy gangrenowe i wreszcie e) t. zw. abscesy bronchjektatyczne.

W części klinicznej, poprzedzonej przez szczegółowe omówienie sprawy pochodzenia i bakterjologji, zestawiają najrozmaitsze postacie przebiegów klinicznych, rozpoznanie różniczkowe ilustrowane licznemi zdjęciami rentgenowskiemi, oraz prognozę, która sprawia częste niespodzianki. Statystyki wskazują, że ropnie płuc mogą ulec samowyleczeniu i to w dość znacznym procencie (20—40%). W ocenianiu wyników ostatecznych trzeba być ostrożnym, ze względu na nawroty, jakie często zdarzają się po pozornem, samoistnem wyleczeniu. Najważniejszą rolę w diagnostyce odgrywa badanie rentgenowskie, bronchoskopja, oraz kontrastowe wypełnianie lipjodolem. Sceptycznie odnoszą się autorowie do leczenia środkami wewnętrznemi, konserwatywnemi (szczepionki, surowice, arsenobenzol i emetyna). Ten ostatni środek ma swoje zastosowanie jedynie przy ropniach amebowych niespotykanych u nas. Duże natomiast znaczenie przypisują bronchoskopji, której technika i zastosowanie w ropniach płuc zostały szczegółowo omówione. Metoda ta może być albo pomocniczą w leczeniu chirurgicznem, albo też w przypadkach wczesnych może być zastosowana jako wyłączny sposób leczniczy. W leczeniu chirurgicznem stoją do dyspozycji dwa rodzaje postępowania: pośrednie (pneumotoraks, frenikotomja, plombowanie i torakoplastyka) oraz bezpośrednie t. j. otwarcie jamy ropnia, względnie usuwanie części schorzałych tkanki płucnej (pneumektomja). W stosunku do pierwszego typu zabiegu odnoszą się autorowie bardzo krytycznie, natomiast wyczerpująco omówione zostały zabiegi typu drugiego. Przy końcu książki przytaczają autorowie protokóły przypadków klinicznych ze swego materjału oraz odpowiednie zdjęcia rentgenowskie. Książka Leon-Kindberga jako wyczerpujące zestawienie możliwości leczniczych w przypadkach ropni płuc zasługuje na przeczytanie. *E. Michałowski* (Lwów).

Sztuczna odma piersiowa obustronna, równoczesna. (Le pneumothorax bilatéral simultané). M. ASCOLI i M. LUCACER. Wyd. Masson i Sp. Paryż, 1932. Stron 102. 17 rentgenogramów w tekście.

Monografja niniejsza stanowi pierwsze szczegółowe opracowanie zagadnienia sztucznej odmy piersiowej obustronnej, przyczem bardzo już dzisiaj liczebna bibljografja z tego zakresu znalazła tutaj szczegółowe uwzględnienie. Odma obustronna równoczesna jest zagadnieniem dla ftizjologa bardzo ważnem. Bowiem rozszerza zasięg interwencji lekarza nawet do cięższych przypadków gruźlicy płuc. Należą tu przypadki z gruźlicą obustronną płuc, w których leczenie odmą długi czas było przeciwwskazanem. Ten sposób leczenia nie może być w dobie obecnej uważany za próbę, bądź też za wyjątkowy sposób leczenia, lecz staje się już metodą, której znajomość dla lekarza praktycznego jest niezbędną. Szczegółowo również poruszają autorzy technikę i znaczenie sztucznej odmy piersiowej przeciwległej. Dziełko obejmuje rozdziały omawiające historję, fizjopatologię, wskazania, przeciwwskazania, technikę oraz sposób dopełniania odmy obustronnej, wreszcie zaś wyniki i wnioski.

Omawiając wyniki zestawiają autorzy poglądy szeregu dotychczasowych autorów oraz podnoszą wielkie znaczenie stosowania tej metody, zapomocą której niektórzy autorzy uzyskiwali nawet w 70% przypadków gruźlicy obustronnej znaczną poprawę.

Zaletą monografji jest wyczerpujące zestawienie piśmiennictwa światowego w odniesieniu do tematu.

Tomanek (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Odciąganie soku żołądkowego. G. KATSCH i K. MELLINGHOFF (Greifswald). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 390—403.

Przez 3 dni zrzędu, w ciągu 10 godzin wydobywano przez cienki zgłębnik treść żołądkową co 10—15 minut. Celem wzmożenia wydzielania żołądkowego wstrzykiwano prawie we wszystkich przyp. $2 \times 0{,}5$ mg histaminy lub 2×15 jednostek insuliny. Mimo wydobywania średnio w ciągu 3 dni 2,7 l, najwyżej 4,8 l soku żołądkowego, nie było poważnych zaburzeń w przemianie materji. Występowało szybko przesunięcie ustroju w kierunku zasadowym i małochlorowym. Wydzielanie żołądka zmniejszało się, więcej ilość niż kwasota. Leczniczo może być ten sposób zastosowany w nadmiernem wydzielaniu żołądka, w obrzękach celem szybkiego odchlorowania ustroju, w otyłości i pewnych postaciach nadciśnienia. *H. Długosz* (Lwów).

Czy wlewanie się treści dwunastniczej do żołądka może być powodem tworzenia się wrzodów trawiennych doświadczalnych. R. FONTAINE i J. KUNLIN. Pres. Méd. Nr. 93. 1932.

Autorowie omawiają doświadczenia różnych innych badaczy, którzy wywoływali wrzody trawienne przez odprowadzenie treści dwunastniczej lub poszczególnych soków trawiennych nazewnątrz albo też przez wprowadzenie tej treści do żołądka, i opierając się na własnych doświadczeniach na psach, dochodzą do wniosku, że wprawdzie możemy prawie z całą pewnością wywołać wrzody przez odprowadzenie treści dwunastniczej, że jednak nie wiemy, jaki jest mechanizm działania tych sposobów. Nie tłumaczy bowiem tego przypuszczenie, że wrzody występują dlatego, ponieważ zostało wstrzymane wlewanie się treści dwunastniczej do żołądka. *Skowroński* (Lwów).

Zapobieganie powstaniu doświadczalnie wywołanego wrzodu trawiennego przez karmienie obojętną mucyną żołądkową. M. S. KIM i C. IVY. Journ. Amer. Med. Assoc. Z. 1. V. 93, 1932.

Fogelson podawał chorym na wrzód trawienny mucynę, przygotowaną z prawidłowego soku żołądkowego, która wykazywała wielką zdolność do wiązania HCl, natomiast nie posiadała wpływu na wydzielanie żołądka oraz nie uszkadzała trawienia.

Doświadczalnie wykazano na psach, że przez ograniczenie przypływu żółci i soku trzustkowego do jelita powstają wrzody trawienne w dwunastnicy i żołądku w 60%; tłumaczy się to niezupełnem zużyciem pokarmu i niezupełnem wchłanianiem, niemożliwością zobojętnienia w dwunastnicy kwaśnej miazgi pokarmowej oraz zmianami stosunków wydzielniczych w żołądku.

Autorowie założyli u 27 psów zewnętrzną przetokę żółciową i przekonali się przez badanie kału, że do jelita nie dostaje się wogóle żółć. 17 psom podawali do pokarmu codziennie 30 g mucyny, której 1 cm³ wiązał 15—18 cm³ n/10 HCl. Z 10 psów, karmionych bez mucyny, 6 wykazywało wrzód żołądka lub dwunastnicy. U 17 psów, karmionych mucyną, wogóle nie było objawów wrzodu; wykazywały doskonałe łaknienie i nie traciły na wadze. *Ungar* (Lwów).

Zachowanie się barjery wątrobowej. N. FIESSINGER. Pres. Méd. Nr. 90. 1932.

Autor opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, zajmuje się dokładniej czynnością wątroby, polegającą na zatrzymywaniu i magazynowaniu różnych ciał. Wątroba zatrzymuje nietylko cukier, zmieniając go na glikogen, ale i polipeptydy, barwiki i różne trucizny. Można się jednak przekonać, że to nie jest szybkie związanie i zatrzymanie tych ciał przy przechodzeniu ich przez wątrobę, ponieważ w okresie wchłaniania cukru czy białka podnosi się ilość cukru lub polipeptydów we krwi tętniczej lub żylnej. To samo można stwierdzić np. po wstrzyknięciu barwików wydalanych przez wątrobę, że zdolność zatrzymywania tych różnorodnych ciał jest dość ograniczona, a w każdym razie nie odbywa się to już po jednorazowem przejściu przez krążenie wątrobowe, ale że na to potrzeba pewnego czasu. Doświadczenia u psów z przetoką Ecka, t. zn. przy skierowaniu krwi bramnej wprost do żyły czczej dolnej, nie przemawiają za tem, by wątroba straciła zdolność zatrzymywania, przeciwnie w takich wypadkach zachowuje się ona prawie jak normalnie. Tylko przy zupełnem wyłączeniu wątroby z obiegu krwi można we krwi stwierdzić zwiększenie polipeptydów i inne zmiany. Tak samo w zatruciu fosforem lub arszenikiem można przy badaniu krwi przekonać się, że brak jest wtedy barjery wątrobowej. Różne te doświadczenia dowodzą, że wątroba nietyle „zatrzymuje", ile raczej w niej „osadzają" się różne ciała, dlatego przy ocenianiu wszelkich prób diagnostycznych i przy omawianiu patogenezy różnych schorzeń opartych na utracie zdolności zatrzymywania wielu substancyj przez wątrobę, należy zawsze uwzględniać czynnik czasu, który jest potrzebny, aby wątroba mogła wychwytać i oczyścić krew z tych mniej lub więcej szkodliwych substancyj. *Skowroński* (Lwów).

Gruczoły wydzielania wewnętrznego a marskość wątroby. FITTIPARDI. Pathologica. 1933. Nr. 498, str. 248.

F. badał histologicznie gruczoły wkrewne w 26 przypadkach zanikowej marskości wątroby. W gruczołach przytarczycznych i w szyszynce znalazł zmiany tylko w paru przypadkach, w przysadce mózgowej i nadnerczu tylko zmiany niewyraźne, natomiast w trzustce, jądrach i tarczycy stwierdzał prawie zawsze zmiany zanikowe. Zależały one bądź od wpływu wieku, bądź od istniejącej w niektórych przypadkach miażdżycy tętnic, niekiedy tylko można je było uważać za skutek czynników zakaźnych lub toksycznych pochodzenia zewnętrznego lub ustrojowego, powstających wskutek zaburzeń przemiany materji, niebędących jednak skutkiem zmian w wątrobie. Na tej podstawie uważa F. związek między zmianami wątroby i gruczołami wkrewnemi za wykluczony. *Ciechanowski* (Kraków).

Wpływ ergotaminy (gynergenu) na świąd pochodzenia wątrobowego i nerkowego. L. LICHTMANN. Journ. Amer. Med. Assoc. 14, 1932.

Świąd prawdopodobnie powstaje w ten sposób, że przetwory rozpadu węglowodanów lub ciała powstające przy ich nieprawidłowym rozpadzie drażnią zakończenia nerwowe w skórze, lub że wrażliwość tych nerwów jest pierwotnie wzmożona. *Ergotamintartarat* obniża tę wrażliwość i z tego powodu autor użył go u 4 chorych, a to u dwóch ze świądem pochodzenia wątrobowego (otrucie arsfenaminem i żółtaczka) oraz u dwóch chorych ze świądem pochodzenia nerkowego (obustronna nerka torbielowa i mocznica). Podawano gynergen w dawkach 0.001, 3 razy dziennie przez okres kilku dni (4—5). Po 2—3 dniach świąd bądź uległ polepszeniu, bądź znikł zupełnie. Gynergen nie podawano przeto dalej ze względu na niebezpieczeństwo rojnicy *(ergotismus).* Pomimo to świąd nie wystąpił więcej. Ergotamina nie uszkadza wątroby. *Ungar* (Lwów).

Badania nad hormonem odtruwającym wątroby (yakriton) 38 doniesienie. Uranylowe zapalenie nerek u osobników z różną zdolnością odtruwającą wątroby. Wykazanie ścisłego związku między wątrobą i nerką. SATO TATSUO. Tohoku Journ. of exp. med. 20. 399. 1933.

W roku 1926 wyosobnił A. Sato z wątroby pewną frakcję ciał, którą nazwał *yakritonem* i która zastrzyknięta królikowi w odpowiedniej dawce chroni go przed zatruciem chlorkiem amonowym. W szeregu doniesień, ogłaszanych w *Tohoku Journ. of exp. med.*, zajmował się szereg autorów własnościami *yakritonu* i jego działaniem. W 38 doniesieniu T. Sato wychodzi w swych badaniach od stwierdzenia, że podawane przez różnych autorów dawki śmiertelne soli uranylowych różnią się znacznie od siebie i tak gdy np. Pohl oznacza jako dawkę śmiertelną na 1 kg królika 0.35 mg octanu uranylowego, Garnier i Marek podają 1—4 mg, a więc ilości trzy do dziesięciu razy wyższe. Przypuszczając, że wahania te mogą mieć za podstawę indywidualne różnice w zdolnościach odtruwających wątroby, wydziela autor z pośród królików, użytych do doświadczenia dwie grupy: jedną o małej zdolności odtruwającej wątroby wobec podanego jonu amonowego i drugą, posiadającą tę zdolność rozwiniętą w wysokim stopniu. (Oznaczenie zdolności odtruwającej wątroby wykonano metodą A. Sato i H. Sakurada). Króliki obu grup zatruto przez podanie podskórne 1.5 cm³ 0.1% roztworu octanu uranylowego na 1 kg wagi. Wszystkie króliki grupy pierwszej padły do 12 dni wśród typowych objawów uranylowego zapalenia nerek, króliki drugiej grupy oparły się działaniu trucizny. Stwierdzony fakt, że ta sama trucizna działa w różny sposób na króliki o różnych własnościach wątroby, daje, zdaniem autora, dowód ścisłego związku między wątrobą a nerką. *W. Mozołowski* (Lwów).

Wpływ yakritonu na uranylowe zapalenie nerek. 39 doniesienie SATO TATSUO. Tohoku Journ. of exp. med. 20. 408. 1933.

Podanie podskórne *yakritonu* chroni króliki (do doświadczeń użyto zwierząt o małej zdolności odtruwającej wątroby) przed uranylowem zapaleniem nerek i utrzymuje je przy życiu. *W. Mozołowski* (Lwów).

Zapobiegawcze działanie yakritonu wobec żółtaczki, spowodowanej zatruciem dwuaminą tolnylenową. YOSHIDA MATSUITI. Tohoku Journ. of exp. med. 20. 420. 1933.

Dwuamina tolnylenowa, podana psom podskórnie w ilości 1 cm³ 2—2.5% roztworu na 1 kg wagi, wywołuje żółtaczkę. Podawanie podskórne *yakritonu* zapobiega temu. *W. Mozołowski* (Lwów).

Uszkodzenie miąższu wątrobowego w przebiegu choroby Biermera. G. BLUHM (Berlin). Folia Haematologica, t. 47.

Schaumann pierwszy wskazał na okoliczność, że w przypadkach niedokrwistości złośliwej (n. z.) działać muszą pewne jady, które uszkadzają ustrój. Gdy wykazano, że brózdogłowiec wywołuje podobny obraz kliniczny, udało się Faustowi i Tallquistowi sprowokować sztucznie lekką niedokrwistość hipochromatyczną przy pomocy ciała lipoidowego. Okoliczność, że ciąża i kiła wywołują również obraz n. z. wskazywała, że n. z. jest wprawdzie kliniczną i hematologiczną jednostką chorobową, natomiast nie etjologiczną. Seyderhelm wyosobnił z kału chorych na n. z. jad krwi, przy pomocy którego wywoływał u królika ciężką niedokrwistość. Uważa n. z. za przewlekłą intoksykację pochodzenia drobnoustrojowego ze strony jelit. Ogniskiem jest jelito cienkie, które w przeciwieństwie do zdrowego jest przepełnione pałeczką okrężnicy. Prace tego autora poparł Lucksch, który stwierdził, że szczepy pał. okrężnicy przy n. z. w przeciwieństwie do innych zdrowego człowieka są oporne wobec bakterjofaga.

Według Naegeli'ego zmiany narządów krwiotwórczych są bezpośrednim odczynem na czynnik szkodliwy. Odróżnia szczegółowo n. z. od niedokrwistości hemolitycznej. Natomiast Eppingerowi udało się wykazać na podstawie stosunku urobiliny, wydzielonej kałem, do zaniku hemobiligenu pewnego rodzaju bilans wymiany ciał krwi, który okazuje wyraźną zwyżkę w n. z. w okresie najbardziej czynnym a zniżkę w remisji, zaś przy niedokrwistości aplastycznej o nieznacznej wartości. Według Eppingera, pod wpływem jadowitego czynnika dochodzi w śledzionie do hemolizy, która przedstawia pierwotny odczyn. Konstytucjonalnie mniej wartościowy szpik kostny nie jest w stanie kompensować aż tyle, wyczerpuje się, przedstawiając dzięki temu dość często stan przejściowy do niedokrwistości aplastycznej. Przeto zmiany szpiku uważa Eppinger za wtórny odczyn na hemolizę. Konstytucjonalną anomalję szpiku uważa za pewny i różniczkowy objaw n. z. od żółtaczki hemolitycznej. Pomimo to w hemosyderozie komórek wątrobowych widzi potwierdzenie swego przypuszczenia, że chodzi równocześnie o uszkodzenie czynnościowego narządu nabłonkowego, zwłaszcza komórek Kupffera.

Wśród innych narządów wykazuje wątroba charakterystyczny anatomo-patologiczny obraz. Makroskopowo jest wątroba żółta aż czerwono-brunatna. Rysunek dobrze utrzymany, środek zrazików przedstawia się w postaci żółtych punkcików. Histologicznie środkowa żółta barwa przedstawia się, jako delikatny,

tłuszczowy naciek komórek. Na obwodach stwierdza się obficie nagromadzoną hemosyderynę; również w komórkach Kupffera oraz w śródbłonku żyły wrotnej można ją wykazać. Według Eppingera przemawia to za hemolitycznym początkiem n. z. Co się tyczy funkcjonalnych prób wątroby, nie osiągnięto swoistego odczynu czynnościowego przy n. z. Jedynie tworzenie żółci jest uszkodzone. Obciążenie wątroby cukrem dało prawie zawsze wynik ujemny. Z tego powodu uważa Hetenyi wątrobę za narząd najważniejszy dla przebiegu i rokowania n. z. Nie posiadamy dotychczas metody do stwierdzenia wszystkich czynności wątroby.

Ungar (Lwów).

Babel histaminowy i próba z błękitem metyl. dla wykazania ukrytej żółtaczki. K. ZINK i J. SEIDE (Moguncja). Ztsch. f. Klin. Mediz. B. 122, Str. 52—56.

W przypadku ukrytej żółtaczki w kilka minut po doskórnem wstrzyknięciu histaminy — poleconem przez Kleina — występuje w miejscu działania histaminy żółtaczkowe zabarwienie skóry z powodu zwiększenia przepuszczalności naczyń włoskowatych. Autorowie porównują powyższą próbę z wykrywaniem w moczu śladów barwików żółciowych przez dodanie do 5 cm^3 moczu 2 kropel 2‰ błękitu met.: w moczu normalnym występuje zabarwienie niebieskie, w moczu zawierającym barwiki żółciowe zielone, przechodzące w niebieskie po dodaniu większej ilości kropel błękitu met. 2 krople błękitu met. 2‰ odpowiadają 0.1 mg % bilirubiny. Próba z błękitem met. jest równie czuła jak z histaminą a tańsza i dla chorego przyjemniejsza, jedyną wadą jest: wypada dodatnio, gdy w moczu są inne barwiki (trypaflawina i in.), nie do przeprowadzenia, gdy w moczu jest krew.

H. Długosz (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie ostrego gośćca stawowego. R. LUTEMBACHER. Mond. Méd. Nr. 824, z 15/11. 1933.

Autor poddaje najpierw krytyce teorje powstawania i natury gośćca, a więc teorję skazy, zakaźną i mieszaną i dochodzi do wniosku, że gościec jest chorobą zakaźną, chociaż dotychczasowe badania bakterjologiczne są ujemne; stwierdza równocześnie, że nie jest to choroba ostra z nawrotami, tylko choroba przewlekła ze *shock'ami* chorobowemi. Objawy stawowe są wedle Bezançona przejściowe jako objawy czysto alergiczne. Autor natomiast uważa umiejscowienie stawowe gośćca za odpowiednik kiły drugorzędnej, zaś zmiany w narządach wewnętrznych za odpowiednik kiły trzeciorzędnej. Odpowiednio do tego swego zapatrywania, żąda autor leczenia nietylko w czasie ostrego napadu choroby, ale również i po ustąpieniu objawów, a nawet i profilaktycznie przez następne dwa lata. Jako najskuteczniejszy lek uważa autor salicyl, każe go jednak stosować przedewszystkiem dożylnie w postaci 5% roztworu Na, Ca i K salicylanu, w stosunku jak w płynie Ringera (100 : 10 : 18), w dawkach 0,5—2,0 g zależnie od potrzeby i tolerancji organizmu. Obok leczenia dożylnego należy stosować salicyl *per os*, zaczynając od 4 g dziennie do 10 g, przyczem powinno się go podawać również w nocy. Leczenie całkowite powinno być ujęte w pewien system, planowe i nie wolno go przerywać w chwili poprawy, ale nawet w czasie zupełnego, pozornego powrotu do zdrowia; robić 1—2 zastrzyków dożylnych w miesiącu. Na podstawie licznych przykładów autor stwierdza korzystne działanie salicylu we wszystkich powikłaniach gośćca (serce, osierdzie, opłucna i t. d.) pod warunkiem odpowiednio intensywnego leczenia. *E. Frisch* (Lwów).

Leczenie i patogeneza rwy kulszowej. A. LOEW. Med. Klin. Nr. 6, 1933.

Ostatniemi czasami stwierdza się znacznie częściej rwę kulszową korzonkową, co według zdania autora jest następstwem rozpowszechnienia się sportu. W tej formie rwy poleca stosowanie nakłucia kanału rdzeniowego dla celów leczniczych, co poza przyniesieniem doraźnej ulgi w bólach przez zmniejszenie ciśnienia wśródkanałowego, powoduje przyśpieszenie cofania się zmian na oponie twardej tej okolicy, znajdującej się w stanie zapalnym.

Godlowski (Kraków).

Leczenie przy pomocy bezwodnika kwasu węglowego. C. COT. Pres. Méd. Nr. 101. 1932.

Autor omawia wartość inhalacyj bezwodnika węglowego dla medycyny wewnętrznej. Podkreśla, że takie inhalacje ratują życie, przywracając oddechanie we wszelkich rodzajach zamartwicy (zatrucie tlenkiem węgla, rażenie elektrycznością, uduszenie, utopienie), ale co ważniejsze, zapobiegają występowaniu następowych powikłań w postaci zapaleń płuc. Metoda wziewania bezwodnika węglowego zyskała już powszechnie prawo obywatelstwa w chirurgji przy stosowaniu narkozy lub dla zapobieżenia pooperacyjnym zapaleniom płuc. Taksamo w zamartwicy noworodków, w niedodmie lub zapaleniu płuc inhalacja tego gazu jest najlepszym zabiegiem leczniczym. Działanie bezwodnika węglowego polega nietylko na pobudzeniu ośrodka oddechowego i zwiększeniu wentylacji płuc, a w związku z tem na niedopuszczaniu do powstawania ognisk niedodmy płuc, co jest główną przyczyną tworzenia się ognisk zapalenia płuc, ale i na zwiększeniu napięcia mięśni oddechowych, głównie przepony, co znów wpływa na zwiększenie pojemności płuc, a wkońcu na usunięciu przekrwienia i zastoju krwi w płucach przez rozszerzenie skurczonych drobnych naczyń żylnych.

Najważniejsze znaczenie ma inhalacja bezwodnika węglowego w chorobach płucnych, w zapaleniach płuc płatowych i odoskrzelowych, w przekrwieniach i obrzękach płuc, oraz w dusznościach różnego rodzaju. Dobre wyniki otrzymuje się też w dychawicy, w napadowych lub bolesnych kaszlach, ponieważ gaz ten posiada własności przeciwskurczowe. Inhalacja taka usuwa również napady dusznicy bolesnej, prawdopodobnie przez rozszerzenie skurczonych naczyń wieńcowych, własnością bowiem charakterystyczną tego gazu jest zdolność rozszerzania naczyń krwionośnych. Następnie autor opisuje technikę, dawkowanie i sposoby stosowania tego leczenia. Prócz inhalacji przy pomocy maski mieszaniny bezwodnika węglowego z powietrzem lub tlenem (przyczem poleca 7% mieszaninę), w wielu przypadkach nawet lepsze wyniki można otrzymać przez podskórne wprowadzanie takiej mieszaniny lub, jak inni polecają, czystego bezwodnika węglowego. Wprowadza pod skórę od 100—300 cm^3, u dzieci zaczyna od 20 cm^3 i takie zastrzyki powtarza kilkakrotnie w razie potrzeby. W ten sposób można się uniezależnić od drogi płucnej, która w niektórych wypadkach może być nieodpowiednią, ponieważ z powodu zmian anatomicznych w płucach wchłanianie tego gazu nie może być dostateczne.

Skowroński (Lwów).

Pragnienie przy niedomodze serca. SAAD. Mond. Méd. Nr. 823, z L/II. 1933.

Autor twierdzi na podstawie spostrzeżeń klinicznych, że przy niedomodze serca pragnienie jest tem większe, im większe są wysięki, obrzęki, t. zn. im bardziej surowica krwi przechodzi z naczyń do przestrzeni międzytkankowych. W chwili, kiedy stan krążenia się poprawia, t. zn. leczenie odnosi skutek i obrzęki się zmniejszają, ustępuje też pragnienie. Autor chce użyć objawu pragnienia i jego ustępowania jago prognostycznego i potwierdzającego skuteczność lub też bezsilność leczenia.

E. Frisch (Lwów).

Leczenie złotem a odma sztuczna. L. BERNARD. Pres. Méd. Nr. 101. 1932.

Jeśliby chodziło o wybór jednej z dwu metod, to odmę sztuczną należy postawić na pierwszem miejscu. W wielu przypadkach wskazane jest jednak równoczesne zastosowanie obu tych metod leczniczych. Leczenie złotem gruźlicy należy przeprowadzić w przypadkach poprzednio leczonych odmą, w których po pewnym czasie wystąpiło zaostrzenie procesu po tej samej stronie. Taksamo przy odmie niedającej dobrego wyniku, w wypadku pojawienia się ognisk drugostronnych po założeniu odmy jednostronnej, albo przy istnieniu obustronnych zmian w obu płucach, jeśli nie chcemy założyć odmy obustronnej, a nawet w niektórych przypadkach odmy obustronnej, gdy nastąpi pogorszenie. Takie kombinowane leczenie daje często bardzo dobre wyniki (najmniej 50% poprawy). *Skowroński* (Lwów).

Leczenie choroby Basedowa dijodtyrozyną. ERNö THAU (Hanower). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 448—459.

Choroba Basedowa wynika z powodu zwiększenia się tyroksyny na niekorzyść dijodtyrozyny. Substytucyjne więc podanie dijodtyrozyny „*Roche*" w ilości 100—200—300 mg dziennie, przez 4—5 tyg., potem 4 dni pauza i 7—10 dni podawanie dijodtyrozyny przywraca zaburzoną równowagę. Poszczególne dawki i czas stosowania są indywidualne. Wyniki są tak dobre, jak po żadnym innym dotąd stosowanym leku. *H. Długosz* (Lwów).

Zwalczanie ostrego obrzęku płucnego lobeliną. V. MILIĆEV. Medicinski Pregled. Nr. 1. 1933.

Na propedeutycznej klinice wewnętrznej belgradzkiej wypróbowano skuteczność lobeliny przy ostrym obrzęku płuc, w szczególności przy schorzeniach aorty. Po dawce 0,003—0,01 podskórnie, śródmięśniowo lub w nagłych wypadkach dożylnie objawy ustępowały już po kilku minutach. Zwyczajnie wystarczała jedna dawka, jednak w razie potrzeby można powtarzać 1—2 razy w odstępach 15 minutowych. *R. L.* (Lwów).

Wpływ naświetlań jajników na organiczne schorzenia serca. J. BORAK (Wiedeń). Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 121, Str. 678—687.

Opis 3 przypadków wad zastawkowych serca, w których wystąpiła dekompensacja wskutek krwawień pochodzenia jajnikowo-macicznego. Po naświetlaniu prom. Roentgena jajników ustało krwawienie, objawy dekompensacji ustąpiły. Poprzednio leczenie środkami nasercowemi było bezskuteczne.

H. Długosz (Lwów).

Zatrucie aspiryną z wtórnem uszkodzeniem m. sercowego. W. MANN. Med. Klin. Nr. 3, 1933.

Po spożyciu w celach samobójczych 30 g aspiryny nastąpiło silne uszkodzenie m. sercowego z objawami klinicznemi niewydolności m. sercowego, które łatwiej się rozwinęły w następstwie uprzedniego silnego wygłodzenia i wyczerpania fizycznego denata.

Godłowski (Kraków).

Pochodzenie oksalemji u człowieka. M. LOEPER. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Autor zajmuje się szczawianową przemianą materji od szeregu lat — stworzył on pojęcie „dny szczawianowej", ze względu na podobieństwo do objawów dny moczanowej. Jednakowoż dna szczawianowa jest w odróżnieniu od dny moczanowej chorobą przebiegającą bez podniesienia parcia krwi, dną asteniczną, „dną zimną" bez ostrych zapalnych objawów. Jest to choroba sprowadzająca niedokrwistość, czasami krwotoczna, powodująca bóle zwłaszcza nerwowe. Dna szczawianowa może występować jako zniekształcające zapalenie stawów ze złogami szczawianowemi, lub węglanem wapnia, fosforanami ew. kwasu moczowego i cholesteryny. Oksalemja może powodować trojakiego rodzaju kamice: nerkową, jelitową i gruczołu krokowego. Oksalurja natomiast może być bez znaczenia. Prawidłowo ilość kwasu szczawiowego w surowicy krwi dochodzi do 0,01 g ‰, w moczu do 0,02 g ‰. W przypadkach patologicznych wartości kw. szczawiowego we krwi mogą dojść do 0,50 g ‰. Nadmierna ilość kw. szczawiowego może powstać z przemiany pewnych cukrów i glikogenu przez utlenienie i redukcję — przez nadmierne doprowadzenie z zewnątrz pokarmów jak: rabarba, zielony groszek, kawa, czekolada i węglowodany. Również nieprawidłowa funkcja glikolityczna wątroby i innych narządów, fermentacje jelitowe, pośrednio bakterje okrężnicy i pasorzyty jelitowe, np. tasiemce, mogą być przyczyną oksalemji. W leczeniu należy usunąć pokarmy bogate w kwas szczawiowy, zredukować ilość węglowodanów, odkażać jelita, podniecić funkcje wątroby — nadewszystko stosować insulinę.

Mester (Kraków).

Zaburzenia nerwowe u osobników z oksalurją. GUY LAROCHE. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Osobnicy z oksalurją skarżą się często na: osłabienie fizyczne, zaburzenia pamięci, ataki migreny, bóle nerwowe, apatję i t. d. Objawy te zwykle są przemijające. Odnieść je można do odkładania się kw. szczawiowego w tkance nerwowej, do zaburzenia przemiany materji, również i kw. moczowego, cholesteryny, lipoidów, i wogóle ciał tłuszczowych.

Mester (Kraków).

Kamica szczawianowa z punktu widzenia chirurga. B. FAY i P. FONQUIAN. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Kamica szczawianowa wynosi ∓ 25% ogólnej ilości kamic nerkowych. Charakteryzuje się tworzeniem się prawdziwych kamieni o niedużych rozmiarach, twardych, o nieregularnych powierzchniach, ruchomych — ta ostatnia cecha jest przyczyną silnych bólów i krwiomoczu. Natomiast rzadziej, aniżeli w kamicy moczanowej spotykamy się z powikłaniami w postaci zakażenia. Leczenie winno być zachowawcze, gdyż operacja nie rozwiązuje istoty sprawy chorobowej. Operacja jest wskazana w przypadkach kamicy szczawianowej o dużych rozmiarach, jakoteż w razie zakażenia.

Mester (Kraków).

Kilka danych, odnoszących się do oksalemji. J. KHOURI. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Autor udoskonalił metodę oznaczania kw. szczawiowego we krwi — stwierdzał hiperoksalemję również u osób pozornie zdrowych. Oksalemja występuje szczególnie często we *filariasis* i *bilharziosis*. Jady robaków osłabiają prawdopodobnie oksalolityczną zdolność wątroby.

Mester (Kraków).

Krenoterapja i skaza kamicza. M. VILLARET. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Leczenie zdrojowe ma na celu usunięcie istniejących już kamieni, tudzież zmianę podłoża ustroju. Znaczną rolę odgrywa sprawność wątroby, przewodu pokarmowego i nerek.

Mester (Kraków).

Kwas szczawiowy i krew jako środowisko. R. GOIFFON i F. NEPREUX. Nutrition. T. III. Nr. 1. 1933.

Przyczyną oksalemji jest niedostateczne spalanie pokarmów. Niedostateczne utlenianie może być skutkiem nieodpowiednich warunków oddawania tlenu w tkankach, lub skutkiem słabego zaopatrzenia w tlen w pęcherzykach płucnych; częstą przyczyną jest alkaloza, która może w sposób wyżej podany powodować oksalemję.

Mester (Kraków).

Oksalemja i colibacillosis. P. DESGEORGES. Nutrition. T. III. Nr. 1, 1933.

Według autora najczęstszą przyczyną oksalemji są zaburzenia jelitowe, z następowem zakażeniem pałeczką okrężnicy. Istnieją szczepy pałeczki okrężnicy tworzące *in vitro* i *in vivo* duże ilości szczawianów. W tem leży wytłumaczenie faktu, że oksalemję i zakażenie pałeczką okrężnicy spotyka się często u tego samego osobnika. Obie choroby dają wiele podobnych objawów (zaburzenia jelitowe, obniżenie parcia krwi, bóle mięśniowe i t. d.).

Mester (Kraków).

Insulina i oksalemja. G. VIALE. Nutrition. T. III. Nr. 1, 1933.

Po omówieniu danych doświadczalnych, zdobytych na psach i królikach, dochodzi autor do wniosku, że insulina jest ważnym i skutecznym lekiem w oksalemji.

Mester (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polskie Zrzeszenie Lekarzy W-dztwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 marca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

1. Kol. Kapłan i Fryszman demonstrują *2 przypadki niedomogi krążenia* (chłopiec 11 l. i kobieta 38 l.) wskazując celowość i zalety dojęzykowego wprowadzania leków w chorobach serca, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zastojem w obrębie żyły wrotnej lub marskością wątroby.

W przedstawionych przypadkach niedomogi serca z zastojem w dużem krążeniu i olbrzymią wątrobą duże dawki naparstnicy, wprowadzone doustnie, przy zastosowaniu ścisłej diety i leżenia nie dały wyniku. Po wprowadzeniu zaś alkoholowego roczczynu naparstnicy kroplami na grzbiet języka b. szybko: w 1-szym przypadku po 2, w 2-gim przyp. po 3 dniach zaznaczył się pełny efekt naparstnicy, który się ujawnił zwolnieniem tętna, wzmożeniem diurezy, spadkiem wagi, zmniejszeniem się duszności i ogólnem polepszeniem. Tłumaczy się to tem, iż na grzbiecie języka są liczne rozgałęzienia limfatyczne i krwionośne, ułatwiające wchłanianie leków. Sposób ten jest lepszym od sposobu wprowadzania leków przez odbytnicę. Ma tu znaczenie i skład chemiczny wprowadzonego środka. Autorzy stosowali digitalinę *Nativelle*, która doskonale nadaje się do podawania dojęzykowego. Autorzy stosowali tę metodę u innych chorych m. innemi w przypadkach *myostonia* przedsionków i zwężenia lewego ujścia żylnego.

W dyskusji: Kol. Deresz podnosi, że przed 20 laty stosował i opisał u nas tę metodę podawania leków najęzykowo Pręgowski.

2. Kol. W. Terajewicz demonstruje przypadek: *Myasthenia pseudoparalitica.* Chora l. 33, ze szpitala w Choroszczy, u której przed 4 laty wystąpiły pierwsze objawy myastenji w postaci utrudnionego połykania i zacinania się w mowie, do których dołączyły się następnie objawy oczne i osłabienie mięśni kończyn górnych i dolnych. Omawiając typowe objawy zespołu myastenicznego w demonstracji przypadku, diagnozę różniczkową, prognozę i leczenie tej choroby, prelegent podkreśla występowanie u chorej na skórze tułowia zmian w postaci symetrycznie ułożonych plam białych pozbawionych normalnego barwika skóry.

3. Kol. M. Syrota demonstruje przypadek: *Ophtalmoplegia totalis bilat. cong.* Chory l. 33 z obustronną ptozą i bardzo wybitnem, prawie całkowitem ograniczeniem ruchomości gałek ocznych. Brak reakcji źrenic na światło i akomodację. *Nystagmus rotatorius obustronny.* Atropina i pilokarpina wywołuje rozszerzenie względnie zwężenie źrenic. W zakresie pozostałego układu nerwowego objawów patologicznych nie stwierdza się. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Chory podaje, że objawy te były spostrzeżone po urodzeniu. Prelegent przyjmuje, że mamy tu do czynienia z aplazją względnie hipoplazją odpowiednich jąder *(nucl. oculom. trochlearis i abducens).*

4. Kol. K. Fiedorowicz demonstruje 1) *preparat raka kątnicy,* 2) *preparat tętniaka ar. brachiali.* Tętniak rzekomy tętnicy utworzył się po postrzale.

5. Kol. S. Bełdowski wygłosił referat *w sprawie różniczkowania zapaleń opon mózgowych.*

Na oddziale zakaźnym Szpitala Miejskiego w ciągu ostatnich 3 lat było leczonych 68 chorych na zapalenie opon mózgowych. Rozpoznanie ustalono na zasadzie badania płynu m. r. W 8 przypadkach stwierdzono meningokoki, w 8 przypadkach prątki Kocha, w 1 przyp. u 8 miesięcznego dziecka *meningitis luetica,* co potwierdził odczyn Wassermanna z płynu.

Men. pneumococcica w 2 przyp., u pozostałych 49 chorych rozpoznanie opierało się na zespole objawów chorobowych i obrazie morfologicznym i chemicznym płynu. Z tej liczby w 18 przyp. ustalono rozp. *meningitis tbc.,* a u 18 chorych *meningitis serosa.* We wszystkich przypadkach *meningitis tbc.* w preparatach mazanych przeważała limfocytoza.

Sekretarz: *Dr. Cz. Karwowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 9 listopada 1932 r.

1. Kol. Reicher przedstawił 16-letnią pacjentkę z *wykwitami na kończynach górnych i dolnych po użyciu luminalu. Toxicodermia ex usu luminali.*

W dyskusji: Kol. Frenkiel — u epileptyków, u których luminal stosuje się w dużych dawkach, wysypki zdarzają się rzadko. Chorzy z niedomogą wątroby znoszą luminal źle i często dostają wysypki, podobnie jak chorzy na cukrzycę. Często wysypce towarzyszy wysoka ciepłota.

Kol. Łagunowski obserwował w ostatnich czasach podobny przypadek wysypki po użyciu luminalu z bromem.

Kol. Reicher tłumaczy powstawanie wysypki poluminalowej szczególnem uczuleniem ustroju na ten preparat.

2. Kol. Klinger wygłosił referat p. t.: *„Zejścia śmiertelne po salwarsanie".*

W dyskusji: Kol. Sonnenberg przypomniał, że ilość przypadków, o których mowa w referacie kol. Klingera, była w zaraniu stosowania salwarsanu dosyć duża, zwłaszcza w dobie stosowania starego salwarsanu, preparatu „606". Obecnie wraz z wprowadzeniem neosalwarsanu i wzmocnioną kontrolą nad wyrobem preparatów — z jednej strony, a z drugiej strony — wraz ze zrozumieniem, przynajmniej do pewnego stopnia, tego, co powoduje uboczne objawy, ilość przypadków nieszczęśliwych znacznie się zmniejszyła. (Jednakże od czasu do czasu zdarzają się takie przypadki). W pewnym jednakże stopniu — jak poucza doświadczenie — pomagają tu nam w orjentowaniu się niektóre przejawy, jak nagłe podczas zastrzykiwania występujące zaczerwienienie twarzy, bladość twarzy, przeszkody w połykaniu, w oddychaniu, przyśpieszenie tętna i t. d. Przejawy takie występują zwykle przy drugiej, trzeciej i t. d. injekcji. Są to znaki ostrzegawcze *(signes d'alarme),* wymagają one zastosowania najdalej idącej ostrożności lub zaprzestania dalszego stosowania leku.

Co do samego przypadku, o którym mowa w referacie, to zdaniem kol. Sonnenberga, nie mieliśmy tu do czynienia z *haemorrhagia cerebri,* lecz z wstrząsem azotynowym.

Kol. Kryszek podkreśla, że objawy posalwarsanowe występują i u wagotoników, u których przemiana materji jest powolna i u sympatykotoników, u których przemiana materji, a między innemi i ruch płynów jest szybki — badanie Arnoldiégo. Nikt nie jest więc zabezpieczony przed ujemnemi ubocznemi objawami.

Wady zastawkowe wyrównane nie powinny być uważane jako przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu; powstały zaś na tle kiły *mesaortitis* i niedomykalność aortalna są wskazaniem do stosowania salwarsanu.

Kol. Kryński omówił patogenezę śmierci posalwarsanowej. Późne objawy reakcji na salwarsan uważa za niebezpieczne. Nagłe przypadki śmierci zdarzają się po zastrzykach dożylnych i innych leków. Przyczyną śmierci posalwarsanowej jest uczulenie organizmu (alergja).

Kol. Łagunowski. Prelegent zakreślił zbyt szerokie koło przeciwwskazań do stosowania salwarsanu, nie wszystkie można uwzględniać, wtedy bowiem stosowanie salwarsanu byłoby zbyt ograniczone.

Kol. Frenkiel obserwował przypadek *encephalitis haemorrhagica postsalvarsanosa* z pomyślnym przebiegiem. Ważną jest lokalizacja wybroczyn w mózgu.

Kol. Załęski obserwował 2 przypadki śmierci posalwarsanowej, w jednym z nich sekcja wykazała wybroczyny w mózgu.

Kol. Praszkier podkreślił specjalnie piorunujące wrażenie, jakie wywiera przypadek śmierci posalwarsanowej w praktyce wenerologów i uważa, że powinni oni mieć głębsze przygotowanie internistyczne.

Kol. Szyfman. Ostatnio opisywano przypadki agranulocytozy posalwarsanowej, dotychczas uważano salwarsan za środek leczniczy przy agranulocytozie.

Kol. Gliksman. Krwawienia w narządach podobnie jak po salwarsanie występują i po sanokryzynie. Zapobiegawczo możnaby dodawać do zastrzyków adrenalinę.

Kol. Reicher — przypadki śmierci posalwarsanowej zdarzają się nie tak rzadko, na zwiastuny lekarze zwracają baczną uwagę, na co wskazują przytoczone historje chorób.

Kol. Lubraniecki przytoczył przypadek zapaści po stosowaniu salwarsanu, obserwowany w szpitalu miejskim.

Kol. Polak — Francuzi radzą rozpuszczać salwarsan w 20% roczczynie *natrium hyposulfurosum.*

Kol. Klinger odpowiedział na poruszone w dyskusji sprawy. Nagłe bóle głowy uważa za specyficzny zwiastun nietolerancji, podnoszenie się ciepłoty również. Najmniejsze niedyspozycje ustroju uważa za przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu. Ehrlich uważał wady serca za przeciwwskazanie przy stosowaniu salwarsanu.

Protokół posiedzenia w dniu 16 listopada 1932 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Wołkowyski przedstawił chorą na *żółtaczkę zastoinową,* u której przy ucisku na gałki oczne zaszły zmiany w elektrokardjogramie, które zademonstrował.

2. Kol. Itelson przedstawił przypadek *icterus haemoliticus* u 12-letniej dziewczynki. W obrazie chorobowym mamy dużą śledzionę, zmniejszoną oporność krwinek czerwonych, bilirubinemję z urobilinurją, znacznie zwiększoną ilość retikulocytów (96%); zastanawia jednakże brak mikrocytozy, co jest zjawiskiem niezwykłem.

3. Kol. Witoński przedstawia chorego *z rozstrzenią oskrzeli,* pacjent przybył na oddział szpitalny z powodu krwotoków płucnych. Rozpoznanie kliniczne *bronchiectasia.* Stan ogólny dobry, ciepłota normalna. Bronchografja wykazała znaczną rozstrzeń oskrzeli w lewym dolnym płacie.

4. Kol. Kocen wygłosił referat pod tytułem: *„Nietypowe odczyny układu krwiotwórczego".* (Praca ukaże się w druku).

5. *„Z kazuistyki rzadkich schorzeń układu krwiotwórczego"* referowali kol. Itelson, Kryszek, Szyfman i Uryson.

I. Kol. Kryszek omawia przypadek agranulocytozy o rzadkim przebiegu. Przed 3 laty ciężka postać agranulocytarnego schorzenia krwi, która po leczeniu surowicą przeciwbłoniczą i adrenaliną ustąpiła zupełnie; po 3 latach nawrót schorzenia wśród objawów klinicznych identycznych, lecz z obrazem krwi, przypominającym szpikowy odczyn przy nawrocie agranulocytozy, względnie aleukemję szpikową.

II. Kol. Uryson omawia przypadek symptomatycznej agra*nulocytozy,* obserwowanej w przeciągu 3 miesięcy na oddziale wewnętrznym szpitala Poznańskich.

Chora lat 47 zachorowała nagle: przy bardzo wysokiej gorączce wystąpiły owrzodzenie i ogniska martwicze na podniebieniu twardem, dziąsłach, żyłach krwawniczych; w przebiegu schorzenia dołączyły się długotrwałe, uporczywe wymioty i biegunki oraz wrzodziejąca opryszczka wargi górnej.

W obrazach krwi stwierdzano stale znaczne zmniejszenie ilości leukocytów (minimum 400) i bardzo znaczną granulocytopenję, względną limfocytozę i wtórną niedokrwistość przy normalnej ilości płytek i braku skazy krwotocznej.

Przypadek ten zasługuje na specjalną uwagę ze względów następujących:

1) ze względu na długotrwałość schorzenia (3 miesiące), bardzo ciężki przebieg i kliniczne wyleczenie, jednakże z zastrzeżeniem możliwości nawrotu schorzenia;

2) ze względu na zjawienie się w przebiegu schorzenia we krwi myelocytów i promyelocytów, co należy do bardzo rzadkich zjawisk w przebiegu agranulocytozy;

3) ze względu na umiejscowienie procesu chorobowego na śluzówkach całego przewodu pokarmowego, co również należy do objawów wyjątkowych przy agranulocytozie.

III. Kol. Szyfman omawia przypadek niedokrwistości zakaźnej z odczynem typu podbiałaczkowego. (Praca przeznaczona do druku).

Protokół Uroczystej Akademji ku czci Prezesa Towarzystwa Dra med. Prof. Seweryna Sterlinga, która odbyła się w dniu 27 listopada 1932 o godzinie 11,30 w Radzie Miejskiej.

Akademję zaszczyciło swą obecnością kilkaset gości; w tej liczbie bardzo wielu z poza Łodzi.

Zagaił Akademję kol. B. Frenkiel.

Kol. Frenkiel powitał: przedstawiciela Pana Wojewody Łódzkiego Dra S. Skalskiego, przedstawiciela Pana Prezydenta Miasta Dra A. Margolisa, przedstawicieli obu Starostw Łódzkich, przedstawiciela Wolnej Wszechnicy prof. Buttego, przedstawiciela Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu prof. Jonschera, Szefa Sanitarnego D. O. K. pułk. Marksa, Rektora prof. Michałowicza, delegata Towarzystwa Lekarskiego w Zagłębiu Dąbrowskiem, delegatów Towarzystw Lekarskich z Piotrkowa i z Kielc, delegata Wydziału Zdrowotności stołecznego m. Warszawy Dra Bychowskiego i delegata Szitalnictwa Warszawskiego Dra A. Goldmana.

Towarzystwo Lekarskie otrzymało szereg listów i depesz, jak od: 1) Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, 2) Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, 3) Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, 4) Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, 5) od Stowarzyszenia Lekarzy Kieleckich, 6) od Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, 7) Towarzystwa Lekarskiego w Zakopanem, 7) od prof. Ciechanowskiego, 8) prof. Nowickiego; 9) prof. Eigera, 9) Dra Srebrnego, 10) prof. Orzechowskiego, 11) Dra Hermana, 12) Dra Offenberga i innych.

Pierwszy Dr. med. Stefan Rudzki wygłosił odczyt: „O działalności naukowej Dra med. Seweryna Sterlinga"; następnie „Działalność społeczno-lekarską Dra med. Seweryna Sterlinga" omówił Dr. med. Czesław Wroczyński; dalej Dr. med. Antoni Tomaszewski wygłosił odczyt pod tytułem: „Seweryn Sterling jako obywatel". Wreszcie Dr. med. Henryk Kryszek wygłosił odczyt: „Prof. Seweryn Sterling jako nauczyciel".

Na tem Akademję Uroczystą zakończono.

Protokół posiedzenia w dniu 7 grudnia 1932 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Reicher przedstawił przypadek *bromodermia tuberosum* u chorego umysłowego po zażyciu dużych dawek bromu.

2. Kol. Frenkiel przedstawił 40-letniego mężczyznę, który po raz trzeci przechodzi *rozstrój nerwowy (depresję okresową)*, z zespołem podobnym do katalepsji z dobrem rokowaniem.

3. Kol. Bender wygłosił referat p. t.: *„O migotaniu i trzepotaniu przedsionków serca"*. (Praca ukaże się w druku).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

W dniu 25 czerwca odsłonięto w Drewnicy pod Warszawą pomnik ś. p. dra Karola Rychlińskiego, twórcy i zasłużonego kuratora tamtejszego zakładu dla umysłowo chorych. Pomnik wzniesiony staraniem grona osób z adw. St. Kijeńskim na czele, wykonany jest podług projektu art. rzeźbiarza Michała Kamieńskiego; składa się z cokołu z marmuru kieleckiego, na którym umieszczono odlaną w bronzie postać dra Rychlińskiego.

Docenci: Radiwoj A. Pawlović i Vojislav S. Arnovljević zostali mianowani nadzwyczajnymi profesorami na wydziale lek. w Beogradzie. R. A. Pavlović został mianowany kierownikiem instytutu farmakologicznego tamże.

Prof. Ivan Botteri (Zagreb) został wybrany członkiem korespondentem zagranicznym *Académie International pour le Progrès des Sciences Médicales w Paryżu.*

W związku z przewrotem hitlerowskim w Niemczech zwolnieni zostali ze swych stanowisk naukowych między innymi następujący profesorowie: Bucky, Zondek, Goldstein, Birnbaum, Blumenthal, Cohn, Friedenthal, Friedmann, Pringsheim, Wolf-Eissner, Klemperer, Lichwitz, Borchardt (wszyscy z Berlina), Neisser (na własne żądanie), Meinicke z Frankfurtu, Bernstein z Getyngi.

Zmarli.

Dr. Stanisław Kopczyński, naczelny wizytator higjeny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Kawaler Krzyża Komandorskiego Orderu „Odrodzenia Polski" i oficer orderu francuskiego „de l'Instruction Publique" zmarł dnia 11 lipca 1933 r.

Ostatniem dziełem tego wybitnego higjenisty było właśnie ukończone nowe, znakomite wydanie „Higjeny Szkolnej".

Dr. Melanja Lipińska w Katowicach, wybitna badaczka psychologji niewidomych, jak wiadomo sama również niewidoma. Zmarła jest autorką znanego dzieła p. t.: *„Kobieta i rozwój nauk lekarskich"*, którego ocenę pióra prof. Szumowskiego umieściła P. G. L. w Nr. 10. b. r.

Dr. Zygmunt Ehrlich w Radomiu.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W dniach 3 i 4 października 1932 odbył się w Zagrzebiu pierwszy Zjazd Jugosłowiańskiego Tow. Ortopedycznego łącznie z Tow. Ortoped. Czechosłowackiem. Tematy były następujące: 1) Gruźlica kości i stawów, 2) Krzywica, 3) Poliomyelitis. Nadto wielka ilość tematów wolnych.

W czasie XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu we wrześniu r. b. połączonego z IV Zjazdem Zw. Lekarzy Słowiańskich obradować będzie sekcja społeczno-lekarska. Wygłoszone zostaną następujące odczyty: 1) Dr. Josef Malik, (Praga): Działalność gospodarcza czechosłowackich lekarzy. 2) Prof. Dr. Janiszewski (Warszawa): Reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i złączenie wszystkich agend administracyjno-lekarskich i profilaktycznych w tem Ministerstwie. 3) Dr. Cieszyński (Warszawa): Opieka nad zdrowiem wsi a spółdzielczość. 4) Dr. Brâtielny Halbich (Praga): Znaczenie organizacji lekarskiej w Czachosłowacji dla utrzymania zawodowego poziomu moralnego i gospodarczego. 5) Dr. Świątecki (Bydgoszcz): Położenie społeczne lekarzy w Polsce. 6) Dr. Konkiewicz (Poznań): Kasy Chorych w Polsce a lekarze. — 7) Dr. Matuszewki (Poznań): Lekarskie instytucje ubezpieczeniowe. Obrady Sekcji odbywać się będą w auli Wyższej Szkoły Handlowej w Poznaniu, Wały Zygm. Starego 2/3.

Różne.

Min. Opieki Społ. przypomina okólnikiem o obowiązku przechowywania środków odurzających pod stałem zamknięciem tak w aptekach publicznych jak i zakładowych.

Rozporządzeniem Min. W. R. i O. P. ustalony został termin wpisów do szkół akademickich na rok 1933/4, a mianowicie od 25 września do 7 października. Wykłady i ćwiczenia rozpoczynają się 9 października. Podział roku (semestry, trymestry) i terminy egzaminów pozostają bez zmiany do 15-go lipca 1934.

W Beogradzie wyszedł „Atlas histologji patologicznej" prof. K. Šahovića i doc. D. Tihomirova.

Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie ogłosiło pismo w sprawie aktualnego obecnie stosunku chirurgji, ortopedji i medycyny wypadkowej na uniwersytetach. Oba te działy starają się usamodzielnić i oddzielić od chirurgji. Tow. uznaje, że ortopedja zachowawcza stanęła na samoistnem stanowisku i pożądane jest tworzenie katedr tej gałęzi chirurgji na większych uniwersytetach. Ponieważ medycyna wypadkowa w 90% zajmuje się przypadkami chirurgicznemi Tow. przestrzega przed oddzielaniem tego działu od chirurgji ogólnej, natomiast uważa za pożądane mianowanie docentów medycyny wypadkowej przy katedrach chirurgji. Zdaniem Tow. nie należy obarczać studentów obowiązkowemi wykładami z tych dwu dziedzin, ani też żądać składania specjalnych egzaminów. Wykładowcy obu tych działów mogą wchodzić w skład komisyj egzaminacyjnych w ramach egzaminów z chirurgji ogólnej.

Zjazd fizjologów niemieckich planowany na wrzesień w Innsbruku został odwołany.

Z dniem 1 lipca b. r. nadano nowe formy organizacyjne służbie zdrowia m. Berlina. W miejsce 15 rozmaitych oddziałów (decernaty) z licznemi pododdziałami utworzono obecnie 7 oddziałów, obejmujących już i urząd ratowniczy, poradnie, instytut higjeniczno-bakterjologiczny tudzież chemiczny. Nowa organizacja ma dać tak ulepszenie w pracy sanitarnej jak też i poważne oszczędności dla miasta (65.000 RM). Kierownictwo naczelne objął komisarz państwowy dr. Klein.

Komunikaty.

Pod Najwyższym protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej odbędzie się w Poznaniu w dniach od 11 do 15 września r. b. XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich

oraz IV Zjazd Lekarzy Słowiańskich. Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbędzie się dnia 11 września, poczem złączy się w dniu następnym ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników, który rozpocznie się w dniu 12. IX. uroczystem nabożeństwem w kościele Farnym, odprawionym przez Jego Eminencję Księdza Kardynała Hlonda, Prymasa Polski. Z okazji tych Zjazdów Pan Prezydent Rzeczypospolitej wyda raut na Zamku Poznańskim. W czasie Zjazdów otwarta będzie wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna". Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich mają oddawna ustaloną opinję, co do swego głębokiego znaczenia zarówno pod względem treści obrad jak i pod względem długoletniej tradycji, sięgającej daleko w czasy zaborcze. Były one wówczas nietylko scalaniem naukowej myśli polskiej, ale przedewszystkiem widomym wyrazem żywotności narodowej. Obecnie, po wywalczeniu niepodległości, są tę Zjazdy radosnym i budującym przeglądem twórczej pracy naukowej w dziedzinach medycyny i wszystkich nauk, objętych mianem nauk przyrodniczych. Dotychczas zgłoszono ponad 1800 wykładów, odczytów i referatów. Między innemi wśród wykładów na posiedzeniach plenarnych, na których będzie miała wstęp i szersza publiczność, wymienić należy wykłady Profesorów: Dr. Białobrzeskiego p. t.: „Idea podstawowa nowej fizyki", Dr. Gröera: „Psychologja wychowania", Dr. Hirszfelda: „Zagadnienie współżycia drobnoustroju i człowieka", Dr. Roupperta: „O obronie przeciwgazowej", Dr. Szafera: „Ochrona przyrody a higjena społeczna" (z przeźroczami), Dr. Weigla: „O durze plamistym" i szereg innych. Ponadto liczne wykłady i odczyty zostaną wygłoszone przez czołowych przedstawicieli nauki bułgarskiej, czechosłowackiej i jugosłowiańskiej. Potraktowana szeroko i zarazem głęboko wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna" obejmie niezmiernie ciekawe eksponaty, odzwierciedlające całokształt naszego dorobku naukowego i przemysłowego w dziedzinach powyższych. Uwzględniona zostanie również bibljografja, dotycząca wszystkich działów naukowych medycyny i przyrodoznawstwa. Każdy, komu droga jest nauka polska i bliskie hasło braterstwa Słowian, winien obecność swoją na Zjazdach uważać za nakaz bezwzględny. Należy tu podkreślić, że udział gości z krajów słowiańskich zapowiada się nadzwyczaj licznie. Uczestnicy Zjazdu korzystać będą ze zniżki kolejowej oraz z bezpłatnej komunikacji tramwajowej w Poznaniu. Po wszelkie informacje w sprawie Zjazdu należy się zwracać do Komitetu Organizacyjnego: Poznań, ul. Skarbowa Nr. 9. W sprawach związanych z wystawą „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna", zwłaszcza jeśli chodzi o wystawienie, należy zwracać się do biura Zjazdu, Poznań, Skarbowa Nr. 9, względnie do biura Targów Poznańskich, ul. Marsz. Focha. Wystawiający w dziale naukowym za stoiska nie płacą. Stosownie do rozmaitych wymagań uczestników Zjazdu, przygotowano kwatery w hotelach (pokój jednołóżkowy od 5 do 11 złotych, dwułóżkowy od 8—17 zł), w mieszkaniach prywatnych (pokój jednołóżkowy od 3—6 zł, dwułóżkowy od 4—8 zł), w domu wycieczkowym (nocleg od 0,50 do zł 1,50), wreszcie w Domu Akademickim (nocleg zł 3). W ograniczonej mierze korzystać będzie można z noclegów bezpłatnych w Klinikach. Dla ew. wycieczek przygotowane będą noclegi zbiorowe w budynkach wojskowych.

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu urządza na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna", (w Gmachu Targów Poznańskich), otwarcie której nastąpi w dniu 12 września 1933 r. specjalny dział poświęcony utworom grafiki (miedzioryty, litografje, drzeworyty), karykaturom oraz starym dziełom odnoszącym się do zabiegów lekarskich, historji lecznictwa, portretom lekarzy i przyrodników polskich. Wszelkie eksponaty nadsyłać należy na dwa tygodnie przed otwarciem Zjazdu do Muzeum Wielkopolskiego na ręce p. Kustosza Dr. Brosiga, Aleje Marcinkowskiego. Wystawa trwać będzie od 12 września do 1 października.

Na prośbę Dyrekcji Międzynarodowych Targów Poznańskich odbyła się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem inż. Z. Rudolfa, kierownika Referatu Techniki Sanitarnej, konferencja zainteresowanych organizacyj naukowo-społecznych z udziałem przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej w sprawie zaprojektowania formy i ogólnego kierunku działu budownictwa sanitarnego na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna", mającej być otwartą 12 września b. r. Zespól przedstawicieli zaproszonych na konferencję organizacyj uznano za Komitet Organizacyjny wymienionego działu wystawy i wybrano Prezydjum z pośród przedstawicieli następujących organizacyj: 1) Polskiego Towarzystwa Reformy Mieszkaniowej, 2) Związku Stowarzyszeń Architektów Polskich, 3) Związku Związków Technicznych, 4) Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego i 5) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które będzie nadal współdziałało w organizacji wystawy.

IV. Międzynarodowy Kongres Przeciwgośćcowy odbędzie się w Moskwie od 3 do 6 maja 1934 r. Tymczasowy program: 3 maja. Otwarcie kongresu. 4 maja. Patologja. I-szy temat. Problem kliniki ostrego gośćca (serce, błony surowicze i t. d.). 1. Wstęp. 2. Gościec narządów wewnętrznych. 3. Patologja ostrego gośćca. 4. Patogeneza ostrego gośćca. 5. Odżywianie jako czynnik w leczeniu ostrego gośćca. 6. Przemiana materji przy ostrym gośćcu. 7. Klinika ostrego gośćca u dzieci. 8. Serce a ostry gościec. 5 maja. Terapja. II. temat. Wskazania do balneologicznego leczenia chorych z gośćcem. 1. Społeczno-przemysłowa statystyka rezultatów balneoterapji w Sowietach. 2. Leczenie mulowemi okładami przy schorzeniach gośćcowych ruchowego aparatu. 3. Wskazania do leczenia reumatycznych schorzeń serca wodami mineralnemi, zawierajacemi siarkowodór. 4. Leczenie reumatyków kąpielami radjoaktywnemi. 5. Wskazania do leczenia reumatyków czynnikami zdrojowemi poza siedzibą zdrojowisk. 6. Kombinowane metody balneologicznego i fizyko-terapeutycznego leczenia gośćca. 6 maja. Część społeczna. III. temat. 1. Gościec robotników transportowych. 2. Gościec górników. 3. Gościec robotników w przemyśle metalowym. 4. Przemysłowy czynnik schorzeń gośćcowych w świetle eksperymentalnych wyników. Program zwiedzenia zakładów, demonstracyj i przyjęć podany będzie później. Podczas kongresu odbędzie się wystawa, która zademonstruje zdobycze medycyny zapobiegawczej, leczniczej schorzeń reumatycznych i sposoby ich zwalczania. Zgłoszenia o udział w wystawie mogą kierować komitety narodowe do Sekretarjatu Komitetu Organizacyjnego Kongresu w Moskwie (Prof. Daniszewski Sodowaja-Sarmatioszbnaja 3a Moskwa). Po zakończeniu kongresu odbędą się wycieczki dla członków kongresu w dwóch kierunkach: a) Moskwa — do uzdrowisk kaukaskich i do uzdrowisk nad Morzem Czarnem, aż do granicy. Czas trwania 20 dni razem z kongresem. Cena 125 dolarów — wraz z pobytem w Moskwie podczas kongresu. b) Moskwa—Leningrad. 10 dni wraz z trwaniem kongresu. Cena 75 dolarów, wraz z pobytem w Moskwie. Za bankiety płacić się będzie osobno. Organizacją przyjęcia i wycieczek zajmuje się towarzystwo „Intoarist", które uczestnikom kongresu gwarantuje wszelkie wygody, udogodnienia, hotele 1-szej klasy, samochody i t. p. Podczas kongresu ukaże się biuletyn w 3 językach. Wszystkie prace kongresu wyjdą w osobnej książce. Tylko członkowie Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej mogą wziąć udział w Kongresie. Członkami Ligi mogą być nietylko osoby, ale także instytucje, które mogą delegować przedstawicieli: Zdrojowiska, Kliniki i poradnie dla reumatyków, Sanatorja, Bibljoteki i t. d. Bliższych wyjaśnień udziela Biuro Międzynarodowego Sekretarjatu Ligi, Amsterdam, Keisersgracht 489.

Kalendarzyk Zjazdowy:

23—27 sierpnia V Międzynarodowy Kurs Dokształcający Fundacji Tomarkin-Locarno w St. Moritz.

20—26 sierpnia III Międzynarodowy Kongres Eksperymentalnych Cytologów w Cambridge.

7—9 września Międzynarodowe Tow. Zawodowe Lekarskie (A. P. I. M.) w Londynie.

25—27 września XII Kongres Tow. dla Chorób Przewodu Pokarmowego i Przemiany Materji w Berlinie.

5—7 października Kongres Urologów w Wiedniu.

25—29 października Międzynarodowy Kongres do Walki z Rakiem w Madrycie.

Redakcja otrzymała:

Pol. Tow. Szpitalnictwa: Szpitale ogólne w Polsce. I. 1933.